

טופס תשאול לילד/ה - מצב בריאותי

תאריך: _____

שם פרטי _____	שם משפחה _____	שם אמא _____	אבא _____
כתובת _____	מיקוד _____	טל' בית _____	
נייד _____	נייד אמא _____	נייד אבא _____	
מקצוע/עיסוק האב _____	מקצוע/עיסוק האב _____		
תאריך לידה _____	גיל _____	גובה _____	משקל _____
מין ז / נ	מצב משפחתי הורים ר / נ / ג / א	ילד/ה מספר _____	מתוך _____ אחים
אחים/ות בגילאים _____	סוג דם _____	האם קיבל את כל החיסונים כן / לא	לא-פרט _____
תגובות לאחר חיסון _____			
אימייל: _____	הופנה ע"י: _____		

האם טופל/ה ברפואה משלימה? פרט סוגי טיפולים ושמות המטפל/ים _____

תלונה עיקרית

מתי התחילה? _____

תדירות הופעת הסימפטום? _____

מה גורם להחמרה? _____

מה גורם לשיפור? _____

האם במקביל להופעת התלונה עבר/ה הילד/ה אירוע טראומטי? פרט/י: _____

האם נבדק/ה אצל רופא בגין הבעיה? כן / לא מתי? _____ הרופא _____

אבחנה _____ טיפול _____

האם הורגשה הטבה? כן / לא פרט _____

תלונות נוספות:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

האם ידועות אלרגיות כלשהן? פרט/י: _____

האם עבר/ה בעבר תאונות, ניתוחים? _____

החלמה ממחלה / ניתוח / תאונה : מהירה / איטית

פרט/י את _____

שניתנים לילד/ה: _____

באופן זמני: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

באופן קבוע: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

בעבר: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

תזונה:

האם אוכלת/מסודר? כן / לא ארוחות חמות? כן / לא תאבון עודף / חסר צימאון מוגבר / חסר

מסי' כוסות / בקבוקי שתייה ביום _____ טעם מועדף – מתוק / מלוח / חמוץ / מריר / חריף

פרט/י לגבי כל קטיגוריה ותדירות האכילה: _____

חטיפים: _____ תדירות _____

ממתקים: _____ תדירות _____

מוצרי חלב: _____ תדירות _____

בצקים: _____ תדירות _____

פרט/י את כל דברי המאכל והשתייה שהילד/ה צורך/ת בדרך כלל: _____

ארוחת בוקר: _____

ארוחת עשר: _____

ארוחת צהרים: _____

ארוחת ערב: _____

כללי: _____

יציאות/שתן:

מסי יציאות ביום _____ קשה _____ רך _____ עצירות _____ שלשול _____ דם צבע: _____
 נתינת שתן ביום _____ צבע _____ קושי במתן: כן / לא דלקות שתן: כן / לא
 גמילה מחיתול: גיל _____ תהליך מתמשך/קצר פרטי: _____

הרגלי שינה:

מסי שעות שינה ממוצע בלילה _____ אמצעי הירדמות _____
 שעת הרדמות _____ שעת יקיצה _____ מיקום שינה _____
 האם נרדם/ת בקלות? כן / לא האם מתעורר/ת בבוקר: עייף/ה / אנרגטי/ת
 האם מתעורר/ת בלילה? כן / לא כמה פעמים? _____ מתן שתן בלילה? כן / לא
 הזעת לילה? כן / לא חלומות בלהה? כן / לא כיוון הראש בשינה: צפון / דרום / מזרח / מערב
 פירוט _____

ציון/י מחלות שהיו לילד/ה או לאחד מקרובי המשפחה:

אלרגיות	ילד/ה	אבא	אמא	אחים	סבא	סבתא
אסתמה						
בלוטת מגן / תירואיד						
מחלות מפרקים						
סכרת						
מחלת לב/שבץ מוחי						
לחץ דם גבוה / נמוך						
מחלות עצביות						
מחלות נפש						
מחלות ריאה						
מחלת כליות						
סרטן / גידול שפיר						
אפילפסיה						
צהבת A / B / C						
אחר:						

דרג מ- 1 עד 5 את עוצמת ותדירות התסמינים שהיו לך בשנה האחרונה:

(1 – מעט / חלש. 5 – הרבה / חזק. לסמן רק במקרה שיש או היו)

5 4 3 2 1 בעיות עיכול	5 4 3 2 1 בעיות בעור	5 4 3 2 1 נשירת שיער
5 4 3 2 1 כאבי בטן	5 4 3 2 1 השפעה משינויי מזג אוויר	5 4 3 2 1 ציפורניים שבירות
5 4 3 2 1 בחילות/הקאות	5 4 3 2 1 בעיות באף	5 4 3 2 1 קושי בעצירת דימום
5 4 3 2 1 גיהוקים / שיהוקים	5 4 3 2 1 חוש ריח לקוי	5 4 3 2 1 בצקות
5 4 3 2 1 גודש בבטן מאוכל	5 4 3 2 1 כאבי גרון חוזרים	5 4 3 2 1 הזעת יתר
5 4 3 2 1 קשיי עיכול אוכל שמן	5 4 3 2 1 ליקויי שמיעה	5 4 3 2 1 איבוד משקל פתאומי
5 4 3 2 1 דלקת במעיים	5 4 3 2 1 צלצולים באוזניים	5 4 3 2 1 עייפות
5 4 3 2 1 כאבים בבית החזה	5 4 3 2 1 בעיות ראייה / עיניים	5 4 3 2 1 סימנים כחולים מחבלות
5 4 3 2 1 שיעול	5 4 3 2 1 כאבי גב	5 4 3 2 1 כאבי ראש
5 4 3 2 1 קוצר נשימה	5 4 3 2 1 בעיות ברכיים	5 4 3 2 1 מצבי רוח, רוגז
5 4 3 2 1 ברונכיטיס	5 4 3 2 1 דלקות	5 4 3 2 1 חרדות
5 4 3 2 1 נטייה להתקררות/שפעת	5 4 3 2 1 עוויתות שרירים	5 4 3 2 1 חוסר מנוחה
5 4 3 2 1 דפיקות לב	5 4 3 2 1 גפיים קרות	5 4 3 2 1 תסכול, חוסר סבלנות
5 4 3 2 1 סחרחורות	5 4 3 2 1 כאב מקרין לרגל	5 4 3 2 1 התנהגות אובססיבית
5 4 3 2 1 שימוש באנטיביוטיקה	5 4 3 2 1 כאבי צוואר	5 4 3 2 1 נטייה להתעלף

אחר: _____

אירועים חשובים בחייו/ה:

קליטת הריון: תהליך קצר / ארוך / הפריה - מס' פעמים _____ טיפולים אחרים _____
מהלך הריון: מספר עוברים _____ דילול? _____
באופן כללי: _____

1/3 ראשון: _____

1/3 שני: _____

1/3 אחרון: _____

מהלך הלידה: לידה רגילה / עכוז / מלקחיים / ואקום / קיסרי / אחר: _____
קל / קשה פרטי: _____

שימוש באפידורל: כן / לא _____ באחר: _____
משקל התינוק/ת בלידה: _____ האם מי השפיר היו מקוניאליים? כן / לא _____
האם היתה צהבת ילודים? כן / לא _____ תופעה או תסמין אחר: _____
להורים - דיכאון לאחר לידה כן / לא _____ למשך כמה זמן? _____

החודשים הראשונים של הילד/ה:

הנקה: כן / לא _____ אם לא- באילו תחליפים השתמשו _____
משך זמני ההנקה _____ תדירות _____ תנוחות הנקה _____
תוספות להנקה _____
תהליך הפסקת הנקה _____

האם פלטה/ לעיתים קרובות? _____ האם בכה/תנה הרבה? _____
איכות השינה: _____
מחלות וסימפטומים שכיחים: _____
באיזה גיל זחלה? _____ באיזה גיל הלך/ה? _____ באיזה גיל החלה לדבר/ה? _____
פרטים נוספים לגבי החודשים הראשונים: _____

בעיות ו/או פרטים נוספים שלא הועלו בשאלון: _____

ציפיות מהטיפול: _____

אישור אמא/אבא של המטופל/ת

ידוע לי, כי רפואה משלימה בכלל וטיפול אייפק בפרט אינם מהווים תחליף לטיפול רפואי ו/או פסיכולוגי. אני מתחייב/ת לידע את המטופל/ת, לפני כל פגישה טיפולית, על שינוי במצב הבריאותי והנפשי של בני/בתי. אני מצהיר/ה כי ברור לי שכל הפרטים הנ"ל חיוניים לצורך הטיפול. ענית על השאלות ביושר ובתום לב כמיטב ידיעתי.

שם ההורה _____ ת.ז. _____

חתימה _____