

תאריך: \_\_\_\_\_

## **שאלון רקע להורים** **לקראת אבחון הפרעת קשב וריכוז**

### **חלק א' - פרטים אישיים**

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
גיל: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ יישוב: \_\_\_\_\_ כתה: \_\_\_\_\_  
שם האב \_\_\_\_\_ מקצוע: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ מקצוע: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_  
ילדים נוספים (ציינו מין וגיל) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **הריון ולידה**

בדיקות גנטיות לפני ההריון: כן/לא \_\_\_\_\_ האם היו תקינות?: \_\_\_\_\_  
הריון : ספונטני/IVF/אחר \_\_\_\_\_  
לידה : רגילה/ ואקום/ ניתוח קיסרי \_\_\_\_\_  
שבוע הלידה: \_\_\_\_\_  
משקל לידה: \_\_\_\_\_ ק"ג  
האם האמא עישנה/צרכה סמים או אלכוהול? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## התפתחות

קואורדינציה מוטורית תקינה/לא תקינה (פרט): \_\_\_\_\_

<p><b>** נא למלא עבור ילד עד גיל 6:</b></p> <p>התהפך בגיל: _____ חודשים</p> <p>ישב בגיל: _____ חודשים</p> <p>עמד בגיל: _____ חודשים</p> <p>החל ללכת בגיל: _____ חודשים</p>
--

מוטוריקה עדינה:

אחיזת עפרון- תקינה/לא תקינה \_\_\_\_\_

כתב-יד ברור/קריא: \_\_\_\_\_

שפה

שפת הדיבור בבית: \_\_\_\_\_ שפות נוספות: \_\_\_\_\_

האם יש שיבושי לשון/קשוי שליפה/קשוי הגייה? \_\_\_\_\_

האם יש קשיים בהבעה בע"פ? \_\_\_\_\_

<p><b>** נא למלא עבור ילד עד גיל 6:</b></p> <p>מלים ראשונות בגיל: _____</p> <p>צירופי מלים בגיל: _____</p>
--

גיל גמילה (צרכים): \_\_\_\_\_

הרטבות ליליות (ציינו עד איזה גיל): \_\_\_\_\_

בריחת צואה (ציינו עד איזה גיל): \_\_\_\_\_

האם קיבל טיפולים פארארפואיים (ריפוי בעיסוק/ק. תקשורת וכו'), פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם נשאר שנה נוספת בגן? אם כן, מאיזו סיבה? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **היסטוריה לימודית**

רכישת הקריאה והכתיבה - תקינה/לא תקינה: \_\_\_\_\_

הבנת הנקרא - תקינה/לא תקינה: \_\_\_\_\_

שגיאות כתיב - יש/אין: \_\_\_\_\_

האם לומד/למד בחינוך מיוחד? \_\_\_\_\_

האם נשאר שנה נוספת בגן? \_\_\_\_\_

האם עבר אבחונים קודמים? אם כן, אילו ומתי?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **תזונה**

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

משקל הילד: \_\_\_\_\_

גובה: \_\_\_\_\_

בדיקות מעבדה (מהשנתיים אחרונות): המוגלובין: \_\_\_\_\_ פריטין: \_\_\_\_\_

B12: \_\_\_\_\_ כולסטרול: \_\_\_\_\_ טריגליצרידים: \_\_\_\_\_

HDL: \_\_\_\_\_ LDL: \_\_\_\_\_ TSH: \_\_\_\_\_ אבץ: \_\_\_\_\_

גלוקוז: \_\_\_\_\_

האם יש במשפחה בעלי עודף משקל? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם נוטל תרופות קבועות/תוספי תזונה? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם יש אלרגיות כלשהן למזון? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

יציאות – תקינות/שלשולים/עצירויות: \_\_\_\_\_

האם מבצע פעילות גופנית כלשהי? אם כן, ציינו – איזו, כמה פעמים בשבוע ולכמה זמן

בכל פעם \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* נא לרשום יומן אכילה של 3 ימים לפחות (ציינו מה אכל ובאיזו שעה):