

טופס פניה למרפאת שיקום אכילה לתינוקות וילדים

אנא החזירו לפקס 02-6494313 לפני הגעתכם למרפאה

הורים יקרים שלום,

ילדכם מוזמן למרפאת האכילה

ביום

בבואכם למרפאה אנא הביאו

- א. אוכל, שתיה וכלי אכילה בשימוש יום יומי.
- ב. את כל סיכומי האשפוז, מעקבי רופאים מומחים, תוצאות בדיקות רפואיות, הערכות התפתחותיות והערכות התזונתיות
- ג. כרטיס מעקב גדילה מהתחנה לאם ולילד ("טיפת חלב")
- ה. רישום כלכלה ל 3 ימים

במרפאה ייבדק ילדכם על ידי צוות רב מקצועי המתמחה בבעיות אכילה בילדים צעירים ותינוקות.

ההערכה לוקחת מספר שעות.

משום שההערכה היא של מספר אנשי צוות, תתכן המתנה בין המטפלים – אנא סבלנותכם.



			תאריך מילוי הטופס:	
		ת.ז.	שם הילד	
		גיל	תאריך לידה	
מצב משפחתי: נ / ג / י / א		שם הורה ב'		שם הורה א'
מיקוד		כתובת		
(אמא / אבא)		טלפון נייד:		טלפון בבית
דואל				
מוצא הורה א'				
מוצא הורה ב'				
קרבת משפחה בין ההורים				
עיסוק הורה א'				
עיסוק הורה ב'				
		מיקום הילד בין אחיו	מס' ילדים במשפחה	
מסגרת חינוכית				
פעוטון / מעון רגיל / גן / בית ספר / בית ספר חינוך מיוחד / מעון יום שיקומי				

מי הפנה אתכם למרפאת שיקום אכילה?

	רופא / טיפת חלב/ גורם טיפולי (פרט)
	אחר (פרט)
	שם הרופא העיקרי של הילד
	טלפון ומייל של הרופא

מה הציפיות שלכם מהמרפאה:

רקע רפואי כללי

בעיות רפואיות במשפחה (הורים/ אחים)

הריון: רגיל / IVF / תאומים/ שלישיה
 הריון תקין / בעיות במהלך ההיריון (פרט)

לידה: רגילה/ קיסרי/ אחר _____
 בשבוע _____
 משקל לידה _____

בעיות סביב הלידה:

<input type="checkbox"/> הנשמה מלאכותית במשך ___ שבועות	<input type="checkbox"/> דם מוחי דרגה 1/2/3/4 הכנסת דלף (שנט)
<input type="checkbox"/> תלות בחמצן	<input type="checkbox"/> מחלת ריאות כרונית (BPD)
<input type="checkbox"/> NEC	<input type="checkbox"/> תלות בתרופות משתנות
<input type="checkbox"/> האכלה חלופית (זונדה, TPN)	<input type="checkbox"/> אפנאות
	<input type="checkbox"/> קושי באכילה דרך הפה
	<input type="checkbox"/> אחר (ספרו לנו עוד)

האם אובחן ילדכם כסובל מאחת הבעיות הבאות (ניתן לסמן יותר מבעיה אחת):

<input type="checkbox"/> אחר התפתחותי	<input type="checkbox"/> FTT חוסר שגשוג	<input type="checkbox"/> אזופגיטיס	<input type="checkbox"/> רפלוקס ושטי
<input type="checkbox"/> איטיות בפינוי הקיבה	<input type="checkbox"/> הפרעות נוירולוגיות	<input type="checkbox"/> בעיות לב	<input type="checkbox"/> בעיות נשימה
<input type="checkbox"/> שלשולים	<input type="checkbox"/> אזופגיטיס אאוזינויליפילית	<input type="checkbox"/> בעיות בכליות	<input type="checkbox"/> עצירות
		<input type="checkbox"/> הפרעת אכילה	<input type="checkbox"/> אוטיזם / PDD
		<input type="checkbox"/> בעיות גנטיות / כרומוסומליות, פרט:	<input type="checkbox"/>

אחר , פרט:

בדיקות שבוצעו:

נא סמנו והביאו אתכם למרפאה תוצאות של בדיקות שבוצעו:

בדיקות בליעה ובדיקות לרפלוקס ושטי (למשל PH, FEES, UGI, VDF-מטריה וכד')

בדיקות הדמיה (CT, MRI, אולטרסאונד, גיל עצמות)

בדיקות פולשניות אחרות (אנדוסקופיה, גסטרוסקופיה, ברונכוסקופיה)

בדיקות לאלרגיות, לספיגה ולרמת תזונה

בדיקות דם כלליות, בדיקות תפקודי בלוטת תריס, הורמוני גדילה

בדיקות גנטיות

מעבדת שינה, אקו לב, וכו'.

אלרגיות מאובחנות :

(1) לתרופות

(2) למזון

(3) למגע

(4) לעונות השנה

(5) אחר

האם ילדכם מחוסן על פי התוכנית החיסונית במדינת ישראל כן / לא

אם לא, פרט אילו חיסונים לא קיבל ומדוע

משקל אחרון _____ בתאריך _____ גובה _____ היקף ראש _____

מעקב רפואי והתפתחותי עדכני:

תאריך ביקור אחרון	בי"ח / מרפאה / מכון	מומחיות	רופא

האם עבר בדיקת שמיעה? כן / לא פרט

האם עבר בדיקת ראייה? כן / לא פרט

רשימת

תרופות:

האם הילד סובל מעצירות? אם כן, מה הטיפול שקיבל או מקבל?

אכילה, האכלה ואוכל

האם ילדך מפגין אחד מהסימנים הבאים בעת אכילה או שתיה:

קושי בהנקה / שתייה מבקבוק	<input type="checkbox"/>	מיעוט אכילה	<input type="checkbox"/>
עלייה איטית במשקל	<input type="checkbox"/>	סירוב אכילה	<input type="checkbox"/>
קושי בבליעה	<input type="checkbox"/>	השתנקות/שעול בתגובה למזונות מסוימים	<input type="checkbox"/>
מגוון מזונות מצומצם	<input type="checkbox"/>	הקאות	<input type="checkbox"/>
קושי במעבר למזון רגיל	<input type="checkbox"/>	סירוב לבלוע או השארת מזון בפה	<input type="checkbox"/>
		אחר (תאר)	<input type="checkbox"/>

באיזה גיל התחילה האכילה של ילדכם להטריד אתכם?

באילו אמצעים נקטתם עד כה בניסיון לטפל בבעיית האכילה של ילדכם:

הכרחת הילד לאכול	<input type="checkbox"/>	הסחת דעת בזמן הארוחות	<input type="checkbox"/>
הענשה	<input type="checkbox"/>	מתן מזונות מועדפים בלבד	<input type="checkbox"/>
פרסים / חיזוקים	<input type="checkbox"/>	דילוג על ארוחות	<input type="checkbox"/>
תוספות מועשרות (פורמולות, תוספי מזון)	<input type="checkbox"/>	האכלת הילד לפי רצונו	<input type="checkbox"/>
האכלה סביב השעון	<input type="checkbox"/>	האכלה בזמן שינה	<input type="checkbox"/>
		ארוחות קטנות לעתים תכופות	<input type="checkbox"/>
		אחר	<input type="checkbox"/>
		(תאר)	<input type="checkbox"/>

היסטוריה תזונתית:

	עד איזה גיל ניזון מחלב אם?		האם ינק? כן/לא
	סוגי פורמולה		בקבוק מגיל
	בכפית מגיל		תוספות מגיל
האם היה לילדך קושי ביניקה או שתייה?			
האם היה קושי באכילה מכפית?			
	גיל התחלת שתייה מכוס		גיל התחלת אכילת מוצקים
			האם אוכל ככל המשפחה ומאיזה גיל

פרטו קשיים באכילת מרקמים שונים, העדפות מזון ופרטים נוספים שחשוב לכם לציין

כיצד אתם יודעים שהוא

רעב?

כמה זמן נמשכת הארוחה?

תנו דוגמא למזון שהילד אוכל מכל אחת מהקבוצות הבאות:

ירקות

פירות

דגנים (לחם, פסטה, אורז)

חלבונים (בשר, עוף, דגים,

ביצים)

מוצרי חלב (יוגורט, גבינה,

מעדן)

שתייה: סוג וכמות ליום

הנקה / תמ"ל (פורמולה)

אם ילדכם מראה העדפה, אנא פרטו מזון שהוא

אוכל תמיד:
אוכל לפעמים:
לא מוכן לגעת:

האם ילדכם מקבל מזון בצינור (זונדה/ גסטרוסטומיה/ ג'ג'ונוסטומיה) אם לא אנא דלגו לסעיף

הבא

א.	מי מדריך אתכם בנוגע להזנה?
ב.	סוג הצינור
ג.	שם הפורמולה
ד.	זמנים וכמויות הניתנות בצינור

סביבת האכילה

איפה אוכל הילד בד"כ? (במטבח, בסלון, אחר)

במהלך הארוחה, האם הילד: יושב על כסא תינוק/ כסא רגיל/ בסל קל/ על הידיים/ תוך שיטוט אחר

האם אוכל לבד? כן / לא מי מאכיל בד"כ?

היכן המשפחה נוהגת לאכול (מטבח, סלון, מול הטלביזיה)

מתי כל המשפחה אוכלת יחד?

האם במהלך הארוחה הילד עסוק במשהו אחר? (צפייה בטלוויזיה, משחק, סיפור)

האם במהלך הארוחה הילד מראה אחד מהסימנים הבאים:

חוסר תאבון	מעט תאבון	בכי	קושי לסיים את הארוחה
אכילה איטית	לעיסה ללא בליעה	הוצאת המזון החוצה	
הקאת המזון / בחילה / פליטת המזון/ שיעול / חנק (השתנקות) / שינוי בקול לאחר האכילה/ נרדם			

כיצד אתם מתמודדים עם בעיות המתעוררות בזמן האוכל?

התפתחות כללית:

באיזה גיל: התהפך _____ זחל _____ ישב _____ הלך _____ גמילה מחיתולים _____

כמה מילים אומר הילד? _____ מדבר במשפטים מגיל _____
האם נרתע ממגע של מרקמים או חומרים שונים (חול, דשא, בגדים) פרט _____

האם יש קשיי הרדמות? כן / לא אם כן, תארו את הקשיים (כולל באיזה גיל התחיל) _____

האם יש פחדים? כן / לא ממה? _____

האם קיבל טיפולים התפתחותיים? כן / לא _____

פיזיותרפיה _____ בק"ח/פרטי/מרכז להתפתחות הילד/אח (פרט) _____
בגלל _____

ריפוי בעיסוק _____ בק"ח/פרטי/מרכז להתפתחות הילד/אחר(פרט) _____
בגלל _____

קלינאית תקשורת _____ בק"ח/פרטי/מרכז להתפתחות הילד/אחר(פרט) _____
בגלל _____

תזונאית _____ בק"ח/פרטי/מרכז להתפתחות הילד/אחר(פרט) _____
בגלל _____

אחר: _____

הילד משולב במסגרת חינוכית בשם _____

פעוטון / מעון רגיל / גן / בית ספר / בית ספר חינוך מיוחד / מעון יום שיקומי _____

אחר (פרט) _____

ספר על האופי וההתנהגות הכללית של הילד שלך:

האם יש משהו מיוחד שחשוב לך לספר ולהוסיף?
