

שלום רב,

טרם ההגעה למרפאה להפרעות אכילה בגיל הרך (FTT), מחלקת אשפוז יום מרכז נבקש ליידע אתכם במספר פרטים חשובים. במסגרת ביקורכם אצלנו תפגשו עם צוות רב מקצועי, לפי הצורך, הכולל: רופא ילדים, מרפאה בעיסוק, תזונאית, פסיכולוגית/פסיכיאטרית ילדים ועובדת סוציאלית.

מאחר שזהו ביקורכם הראשון אצלנו, רצינו להכינכם לקראת המצופה לכם ביום זה. ילדכם יוזמן להשתתף ב"פיקניק בוקר" המתחיל בשעה 9:00.

אנחנו מבקשים כי הילד יהיה בצום של לפחות 4 שעות.

בפיקניק הילדים יושבים יחד עם צוות רב-מקצועי שייצפה בילדים בזמן הארוחה. המטרה בארוחה זו היא להעריך את התנהלות הילד בסיטואציה של ארוחה ללא כל התערבות.

לאחר סיום הארוחה אתם תפגשו את אנשי הצוות הרב-מקצועי על פי הצורך הרפואי של ילדכם.

בשעה 12:00 אנחנו מקיימים "פיקניק צהריים" אליו מגיעים ילדים אשר זהו ביקור חוזר עבורם במרפאה שלנו. ייתכן וילדכם יוזמן להצטרף גם לארוחה זו. דבר זה ייקבע בסוף פיקניק הבוקר ויהיה על פי שיקול מקצועי בלבד.

בסיום היום אתם וילדכם תקבלו סיכום והמלצות באשר להמשך הטיפול בילדכם.

כתהליך הכרחי לקבלתכם למרפאה עליכם למלא ולהמציא את המסמכים הבאים:

1. שאלון הורים + רישום אכילה של 3 ימים (הסברים בגוף השאלון)
2. הפנייה מפורטת מרופא הילדים
3. בדיקות וייעוצים אחרים
4. עקומות גדילה מטיפת חלב או הרופא המטפל

את השאלון הממולא והמסמכים הנדרשים יש לשלוח תוך שבוע ימים מיום קבלתו. התור יקבע לאחר קבלת הטופס/שאלון ובהתאם לקריטריוני הקבלה במרפאה.

תודה על שיתוף הפעולה!

שאלון הורים

פרטים אישיים

שם הילד: _____ תאריך לידה: _____
מספר ת.ז. _____ כתובת: _____
טלפון: _____ מסגרת חינוכית: _____
נייד: _____

גורם מפנה לאבחון: _____

סיבת הפנייה (תאר במפורט את בעיית האכילה, כולל מתי התחילה ומה עשיתם לטיפול): _____

רקע משפחתי:

שם האם: _____ גיל: _____ מקצוע: _____
שם האב: _____ גיל: _____ מקצוע: _____

הפרעות אכילה במשפחה: _____

אחים ואחיות של הילד: _____

שם	מין	גיל	מסגרת חינוכית	בעיות אכילה/התפתחות/התנהגות

רקע התפתחותי:

מהלך ההיריון (שימוש בתרופות, אשפוזים, וכו'): _____

סוג לידה: _____ שבוע הלידה: _____ משקל בלידה: _____

סיבוכים: _____

אבני דרך התפתחותיות. ציין את הגיל בו הילד ביצע עצמאית:

התהפכות _____ התפשט בעצמו _____ גמילה מיניקה _____
זחילה _____ התלבש בעצמו _____ גמילה ממוצץ _____

הליכה _____ אכילה עצמאית _____ גמילה מבקבוק _____

דיבר 3-4 מילים _____ במשפט _____

הערות _____

האם הילד קיבל ו/או מקבל טיפולים התפתחותיים ו/או רפואיים אחרים? סמן : דיאטנית, קלינאית תקשורת, פיזיותרפיה, ייעוץ פסיכולוגי, ייעוץ פסיכיאטרי, גנת שיח, גן טיפולי, ריפוי בעיסוק, טיפול אלטרנטיבי. פרט (גיל ומשך טיפול) _____

האם מוכרות במשפחה מחלות או בעיות התפתחות? _____

מסגרת יומיומית (מי מטפל בילד במהלך היומיום, מסגרת חינוכית): _____

רקע רפואי:

אשפוזים ומחלות ילדות: _____

האם ילדך מקבל תרופות? כן/לא _____

אם כן פרט _____

אלרגיות

האם הילד סובל מאלרגיות? לא/כן אם כן פרט: _____

האם לבני משפחה אחרים יש גם אלרגיות? אם כן פרט _____

האם נראה על ידי מומחה לאלרגיה _____

אף-אוזן-וגרון:

דלקות אוזניים כן/לא _____

האם יש ריור יתר/ נזלת? כן/לא, פרט _____

ריאות:

האם בעבר הילד חלה בדלקות ריאות, ברונכיטיס? _____

האם בעבר עבר בדיקה לבירור בעיות נשימה; אספירציה; אסטמה; סטרידור? _____

גסטרו:

האם ילדך סובל מעצירות/שלשולים כן/לא מה תדירות היציאות? _____

האם אובחן בעבר כסובל מרפלוקס? _____

בדיקות הדמיה

האם עבר בדיקות הדמיה של מנגנון בליעה/ריאות/אחר, פרט מה הסיבה וצרף את תשובת הפענוח/הממצאים.

שיניים:

האם הילד עבר בדיקה אצל רופא שיניים? כן/לא. האם יש בעיות בשיניים? כן/לא, פרט
האם מצחצח שיניים כן/לא כמה פעמים ביום ____

האם בעבר הילד נבדק על ידי רופא מומחה (אם כן, איזה ומה הסיבה)

קרדיולוגיה: _____

פה ולסת: _____

גנטיקה: _____

האם עבר בדיקת שמיעה כן/לא ומה הממצאים _____

האם עבר בדיקת ראייה כן/לא מה הממצאים _____

הרגלי שינה

האם יש קשיים סביב השינה (שינה רציפה, מיטה נפרדת, אכילה בשינה/בלילה) _____

התפתחות מיומנויות אכילה

התפתחות מיומנויות אכילה בינקות:

יניקה _____ אכילה מבקבוק _____

מתי החל טעימות (מרוסק/מוצק) _____

האם הילד אוכל:

בידיים _____ בכפית _____ במזלג _____

שתייה: בקבוק _____ כוס _____ קש _____ אחר _____

מנח בזמן ארוחה? היכן וכיצד יושב (ידיים, סלקל, כסא אוכל): _____

האם אוכל עצמאית או מואכל על ידי מטפלת? _____

האם הוזן בעבר בזונדה, גסטרוסטום, TPN? כן/לא

אם כן פרט: _____

כיצד היה המעבר לאכילה דרך הפה? _____

מיומנויות אכילה בהווה

אילו מרקמים הילד אוכל, אנא פרט:

נוזלים (מים, חלב, מיץ) _____

מרוסק וחלק: ירקות/פירות מרוסקים, מעדנים _____

מוצקים רכים (ירקות מבושלים, מקרוני, קציצה, עוף מרוכך, עוגה) _____

אוכל רגיל (בשר, עוף, עוגיות) _____

מוצקים קשים (חטיפים, טוסט, ירקות חיים וכו') _____

סמן האם מעדיף אוכל:

חם/קר

מתוק/חמוץ

אילו מרקמים ילדך לא יכול לאכול/ מסרב? _____

האם יש מאכלים שילדך דורש לאכול? _____

האם ילדך נחנק/משתנק/משתעל במהלך אוכל/שתייה (בעבר, בהווה) אנא תאר: _____

האם הוא משתעל אחרי שאוכל/שותה? כן/לא (תאר איזה סוג אוכל גורם לו להשתעל ומתי) _____

האם הילד נוטה למלא את הפה באוכל? כן/לא _____

האם נוטה להחזיק אוכל בפיו לאורך זמן? כן/לא _____

האם אוכל או שתיה לעיתים נתקעים לילד בפה? בגרון? כן/לא, תאר _____

האם הילד מקיא/ פולט/יורק אוכל/שתייה? תאר _____

האם אוכל או שתיה נוזלים מפיו של הילד? תאר _____

כמה זמן נמשכת ארוחה ממוצעת? _____

ציפיות הערות נוספות שאתם מעוניינים מהצוות _____
