



שאלון רקע- אבחון פסיכולוגי

שאלון זה הורכב על מנת לאפשר לנו להכיר את ילדכם טוב יותר. אנא מלאו אותו בצורה המלאה ביותר שתוכלו. השאלות מנוסחות בלשון זכר, אך מיועדות לשני המינים.

מה הסיבה לפנייתכם לאבחון?

חלק א' - פרטים אישיים

1. מידע אודות הילד

שם הילד	שם משפחה	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	המין
_____	_____	_____	_____	זכר / נקבה
ארץ לידה	תאריך עליה	הכתובת הפרטית	המצב המשפחתי*	השפה המדוברת בבית
_____	_____	_____	_____	_____

*אם ההורים גרושים או חיים בנפרד, יש לציין זאת בצירוף מס' טלפון של ההורה השני:

הילד גר עם :

שני ההורים / אב / אם / הורה ובן/בת הזוג / אפוטרופוס / פנימייה / אחר _____

2. מידע אודות המשפחה

ההורים:

מס' שנות הנישואין: _____ מס' שנות הגירושין: _____ גיל הילד בזמן הגירושין _____

אב	אם	שם
		מספר טלפון
		גיל
		ארץ לידה
		תאריך עליה
		מס' שנות לימוד
		מקצוע



אנא ציין האם ישנו רקע רפואי או רגשי של אחד ההורים (בעבר או בהווה) שעשוי להיות רלוונטי לסיבת הפניה לאבחון, כגון בעיות קשב וריכוז/לקויות למידה/בעיות רפואיות/פסיכולוגיות של אחד ההורים ועוד:

ילדי המשפחה:

שם	מין: ז/נ	גיל	כיתה/בי"ס/עיסוק	קשיים במסגרת החינוכית/ בהתנהגות/ רפואיים

משפחה ביולוגית מורחבת:

אנא ציין האם לבני המשפחה המורחבת (סבים וסבתות/ דודים ודודות/בני דודים) ישנה היסטוריה רפואית נוספת שעשויה להיות רלוונטית לסיבת הפניה לאבחון, כגון: בעיות קשב וריכוז/לקויות למידה/בעיות רפואיות/פסיכולוגיות ועוד:

חלק ב' - רקע התפתחותי

3. הריון ולידה

האם ההיריון היה מתוכנן? כן / לא

האם ההיריון היה רצוי? כן / לא

האם היו מחלות או סיבוכים בזמן ההיריון? אם כן, תאר: _____

כמה הריונות (כולל הפלות) עברה האם? _____

תרופות או חומרים כימיים (אלכוהול/סיגריות) בהם נעשה שימוש במהלך ההיריון (נא לציין סוג, תדירות, מינון): _____



באיזה שבוע להריון נולד? _____

סוג לידה: רגילה / קיסרי / אחר פרט: _____

משקל בלידה: _____

האם הייתה מצוקת עובר: **כן** / **לא** אם כן, פרט: _____

האם היו סיבוכים סביב הלידה או מיד לאחריה? **כן** / **לא** (אם כן, מה היו?) _____

4. ינקות וילדות מוקדמת

אנא דרג את ילדך בנוגע להתנהגויות הבאות על הטווח בין שני המאפיינים המנוגדים:

שקט ורגוע	1	2	3	4	5	קולני וחסר שקט
קל להאכיל אותו	1	2	3	4	5	בעיות האכלה יום יומיות
ישן טוב	1	2	3	4	5	בעיות שינה תכופות
לרב רגוע	1	2	3	4	5	לרב חסר מנוחה
חסר פעילות	1	2	3	4	5	פעילות יתר
מתרפק, קל לחיבוק	1	2	3	4	5	לא נהנה ממגע
קל להרגיע אותו	1	2	3	4	5	התפרצויות זעם, הטחת ראש
זהיר	1	2	3	4	5	נוטה לתאונות, הרפתקן
נהנה מקשר עין	1	2	3	4	5	נמנע מקשר עין
נפרד בקלות מאבא או אמא	1	2	3	4	5	מתקשה מאוד להיפרד
אוהב חברה	1	2	3	4	5	אינו אוהב קשר עם אנשים

האם התינוק ינק? **כן** / **לא** אם כן, פרט עד איזה גיל? _____

האם היו קשיים במעבר לאוכל מוצק? **כן** / **לא** אם כן, תאר את הקשיים: _____



האם נצפתה רגישות כלשהי למגע של הגוף עם חומרים? אם כן פרט (מים, חול, חומרים מלכלכים)?

בעיות נוספות בילדות המוקדמת?

גילאים בהם השיג אבני דרך התפתחותיות:

מוטוריקה גסה: זחילה _____ הליכה עצמאית _____ ריצה בטוחה _____

מוטוריקה עדינה: אכילה עצמאית בכף _____ גזירה במספריים _____

האם היו קשיים בהתפתחות המוטורית? **כן** / **לא** אם כן: _____

האם אובחן/או טופל ע"י פיזיותרפיסט או מרפאה בעיסוק? **כן** / **לא** אם כן אנא פרט:

באיזה גיל? _____ על ידי מי? _____ לאורך כמה זמן? _____

מה היו המסקנות וההמלצות? _____

שפה: שימוש במילים בודדות _____ שימוש במשפט (2 מילים ויותר) _____

האם היו קשיים בהתפתחות השפה? **כן** / **לא** האם היה גמגום / שיבושים / דיבור לא ברור / אחר: _____

האם היו קשיים בתהליך החינוך לניקיון? **כן** / **לא** - פרט: _____

באיזה גיל נגמלה/מחיתולים: ביום? _____ בלילה? _____

כיום, האם מרטיב / מלכלך במכנסיים? **כן** / **לא** - מתי? _____

באיזו תדירות? _____

התפתחותו הכללית הייתה: איטית / רגילה / מהירה



חלק ג' - רקע רפואי

האם הילד נלקח בעבר לחדר מיון בשל אירוע חירום/ אושפז או נותח מאז לידתו? אם כן תארו מה קרה, מה היה הטיפול, מתי אירע ולמשך כמה זמן: _____

האם ילדך אובחן בעבר על ידי פסיכולוג / רופא / איש מקצוע אחר כסובל מהפרעות קשב ופעילות יתר? אם כן מתי בוצעה האבחנה? _____

האם קיבל טיפול תרופתי להפרעות קשב? כן / לא. אם כן אנא פרט סוג התרופה, מינון ומשך זמן הטיפול: _____

האם הילד עבר:	כן, ציין באיזה גיל	לא	הגורם הבודק/ מטפל	ממצאים
בדיקת שמיעה				
בדיקת ראייה				
בעיה בריאותית				
אם יש לילד בעיה באחד התחומים, אנא פרט כאן את הבעיה ואת הטיפול שמקבל:				

האם ילדך מרכיב משקפיים או עדשות מגע? כן / לא

האם ילדך נוטל תרופות היום? כן/ לא אנא פרט: _____

האם ילדך סובל או סבל מבעיות שינה? כן / לא אנא פרט: _____

האם ילדך סובל או סבל מכאבי ראש? כן / לא אנא פרט תדירות: _____

האם לילדך תלונות סומאטיות (גופניות) אחרות? כן/ לא אנא פרט: _____

באופן כללי, מצבו הבריאותי של הילד כיום הוא: גרוע / סביר / טוב / מצוין



חלק ד' - רקע חינוכי

באיזה גיל ילדך החל לבקר במסגרות חוץ ביתיות? _____

תאר בקצרה את התנהגותו של הילד בכל אחת מהמסגרות והבעיות שהתעוררו אם היו (למשל פרט אם היו קשיים בפרידה, התאקלמות והסתגלות, קשר עם בני גילו, קשר עם הגננת/מורה ועוד)

סוג מסגרת	קשיים שעלו
מעון/ מטפלת/ אחר	
גן פרטי	
גן עירייה	
בית ספר יסודי	
חטיבת ביניים	
תיכון	

האם רכש את מיומנויות הקריאה, הכתיבה והחשבון? _____

האם יש כיום קשיים בלמידה? פרט באיזה נושאים: _____

מתי הקשיים התגלו לראשונה? _____

האם מקבל הוראה מתקנת? _____

איזה עזרה מקבל כיום? (במסגרת לימודית ובבית) _____

האם ילדך למד או לומד כיום בתוכנית או מסגרת של החינוך המיוחד (למשל גננת שיח/ מורת שילוב / סייעת אישית/ כיתת חינוך מיוחד / בית ספר לחינוך מיוחד): _____

חלק ה' - רקע התנהגותי, חברתי ורגשי

מהם הפעילויות המועדפות על ילדך (תחביבים וחוגים)? _____

כיצד היית מתאר/ת את הקשר שלכם איתו: _____

כיצד היית מתארת את הקשר שלו עם אחיו: _____



לפניכם רשימת התנהגויות. אנא סמנו בטבלה באיזו תדירות הן מופיעות אצל ילדכם:

הערות	לעיתים קרובות	לעיתים רחוקות	אף פעם	
				מתקשה להיפרד (לציין ממי ומתי)
				מתקשה לאכול לבד
				מתקשה להתלבש לבד
				מתקשה ללכת לבד לשירותים
				מתקשה ללכת לישון לבד
				סובל מקושי להירדם
				מתקשה לקום בבוקר
				האם נוהג למצוץ אצבע/מוצץ
				נוטה לבכינות
				מתמרד
				התפרצויות זעם
				סובל מפחדים
				סובל מעוויתות (טיקים)
				בעיות משמעת בבית
				אחר

האם יש התנהגויות אחרות של ילדך המדאיגות אותך או אנשים אחרים? _____

האם היו אירועים חריגים, טראומטיים או מעוררי חרדה אשר יתכן שהשפיעו על התפתחות הילד ותפקודו העכשוויים? פרט גם את גילו של הילד ותגובתו לאירוע: _____

האם הילד או המשפחה קיבלו טיפול רגשי מקצועי כלשהו? יעוץ או הדרכה? _____



אישיות והתנהגות כיום :

הקף כל תכונה או התנהגות המאפיינת את ילדך כיום :

עצוב	שמח	מנהיג	מונהג	נוטה למצבי רוח
חברתי	שקט	פעילות יתר	עצמאי	תלתי
רגיש	מביע רגש	מלא פחדים	משתף פעולה	התפרצויות זעם
חסר אנרגיה/ עייף	אחראי מדי/ דואג	בעיות בשינה	קשה לשליטה	מזג או אופי נוח
מעדיף להיות לבד	לא יוזם	מבולבל	לא מנומס	אימפולסיבי

מידע נוסף:

אנא צרף העתקים של תוצאות באבחונים קודמים, או הערות נוספות שיכולות לעזור :

שם: _____

חתימה: _____

תאריך מילוי השאלון: _____

קשר לילד: _____