

טופס מותאם למילוי במחשב



3. שולחים

שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס בהתאם להנחיות המפורטות מטה.



2. ממלאים

מלאו את הטופס. אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (Save).

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן לחתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.



1. שומרים

הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח?



יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלך, ניתן להוריד אותה בחינם מאתר Adobe

אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (Fonts), יש לאשר ולהתקין אותה לפי ההוראות. לא הצלחת? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר

לתשומת לבך!



מידע נשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, פוטר את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת מידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.

פרטים אישיים

שם משפחה של הילד שם פרטי של הילד תאריך לידה ת.ז. (9 ספרות) של הילד

שם ההורה טלפון תאריך

הוראות: יש להתייחס לכל סעיף בהקשר למה שמתאים לגיל הילד/ה. כאשר ממלאים טופס זה, חשבו על התנהגות הילד/ה

מאז תחילת שנת הלימודים. יש לרשום את מספר השבועות או החודשים עליו מבוססת ההערכה

האם הערכה זו התבססה על הילד/ה בזמן שהוא/היא: נטל/ה תרופה לא נטל/ה תרופה לא בטוח/ה

שאלון 1 - סימפטומים

מספר	סימפטומים	- 0 אף פעם	- 1 לפעמים	- 2 לעיתים קרובות	- 3 כל הזמן
1	אינו/ה שם לב לפרטים או עושה טעויות רשלניות בשיעורי בית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	מתקשה להקשיב למה שהתבקש ממנו/ה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	אינו/ה מקשיב/ה כאשר מדברים אתו/ה ישירות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	מתקשה לעקוב אחר הוראות ואינו/ה מסיים/ת משימות (לא בגלל שמתנגד/ה או לא מבין/ה משימה)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	מתקשה לארגן משימות או פעילויות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	נמנע/ת, לא אוהב/ת, או לא רוצה להתחיל משימות הדורשות מאמץ שכלי ממושך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	מאבד/ת חפצים הדרושים למשימות או פעילויות (כגון: צעצועים, שיעורי בית, עפרונות או ספרים)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	מוסח/ת בקלות ע"י רעש או גירויים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	שוכח/ת מטלות יומיומיות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	חסר/ת מנוחה בזמן ישיבה, נטייה להזיז ידיים או רגליים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	קם/ה ממקומו/ה כאשר מצופה ממנו/ה לשבת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	רץ/ה או מטפס /ת כאשר מצופה ממנו/ה לשבת במקומו/ה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	מתקשה לשחק בשקט או להתחיל פעילויות שקטות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	נראה/ית פעיל/ה או "מונע/ת ע"י מנוע"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	מדבר/ת יותר מדי	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	מתפרץ/ת עם תשובות לפני סיום השאלות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	מתקשה לחכות בתור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	מתפרץ/ת ומפריע/ה לשיחות ו/או משחקים של אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	מתפרץ/ת ומאבד/ת שליטה על המזג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	מתנגד/ת או "מצפצף/ת" להוראות או כללי מבוגרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

שאלון 1 - סימפטומים (המשך)

מספר	סימפטומים	- 0 אף פעם	- 1 לפעמים	- 2 לעיתים קרובות	- 3 כל הזמן
21	כועס/ת או זעוף/ה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	"עושה דווקא" ורוצה להתנקם באחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	מתנהג/ת כמו "בריון/ית", מאיים/ת ומפחיד/ה אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	מתחיל/ה מאבקים פיזיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	משקר/ת או מרמה אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	אכזרי/ת בצורה פיזית כלפי אנשים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	גונב/ת חפצים בעלי ערך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	הורס/ת דברים השייכים לאחרים בכוונה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	דואג/ת, חרד/ה, פוחד/ת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	נבוך/ה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	מפחד/ת לנסות דברים חדשים בגלל פחד לטעות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	מרגיש/ה חסר/ת ערך או נחות/ה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	מאשים/ה את עצמו/ה לגבי בעיותיו, מרגיש אשם/ה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	מרגיש/ה בודד/ה, דחוי/ה, "לא אהוב/ה", מתלונן/ת שאף אחד אינו אוהב אותו/ה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	עצוב/ה, לא מאושר/ת, מדוכא/ת	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

שאלון 2 - תפקוד לימודי

מספר	תפקוד לימודי	- 1 מעולה	- 2 הממוצע	- 3 ממוצע	- 4 מעט בעייתי	- 5 בעייתי
36	קריאה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	חשבון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	הבעה בכתב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

שאלון 3 - תפקוד התנהגותי

מספר	תפקוד לימודי	- 1 מעולה	- 2 הממוצע	- 3 ממוצע	- 4 מעט בעייתי	- 5 בעייתי
39	יחסים עם ילדים אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	מבצע/ת הוראות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	מפריע/ה למהלך השיעור	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	מסיים/ת משימות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	יכולת התארגנות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

הערות

תחומי חוזק

תחומי קושי

מידע נוסף

כתובת

נא להחזיר טופס זה ל-

דואר אלקטרוני

מספר פקס'

לשימוש משרדי בלבד

	מס' השאלות עם ציון 2 או 3 בשאלות 9-1
	מס' השאלות עם ציון 2 או 3 בשאלות 18-10
	מס' השאלות עם ציון 2 או 3 בשאלות 18-1
	מס' השאלות עם ציון 2 או 3 בשאלות 26-19
	מס' השאלות עם ציון 2 או 3 בשאלות 35-27
	מס' השאלות עם ציון 4 או 5 בשאלות 43-36
	ציון תפקוד ממוצע