

משרד החינוך

המזכירות הפדגוגית
הפיקוח על הבריאות

טופס בקשה למלווה לתלמיד למטרות טיפוליות או להשגחה

להלן מידע על תלמיד **בחינוך הרגיל בגיל חובה** אשר על פי מצבו הרפואי נבקש לבדוק זכאותו למלווה למטרות טיפוליות או להשגחה למניעת מצבי סיכון.
א. פרטים על התלמיד/ה:

שם ומשפחה: _____ ת.ז. _____
ת. לידה: _____ כתובת: _____

ציין האם התלמיד הינו:

תלמיד החינוך הרגיל תלמיד שילוב בכיתה רגילה

אחר (פרט): _____

ב. פרטים על המסגרת החינוכית:

בית ספר / גן ילדים

שם המוסד: _____

סמל המוסד: _____

כתובת המוסד: _____

לומד ב גן חובה (ובהתאם לחוק לימוד חובה) כיתה: _____

אחר: _____

ג. פירוט הפעולות הטיפוליות לו הוא זקוק בשעות הלימודים על פי חוות הדעת הרפואית:

האכלה בגסטרוסטומיה צנתור שלפוחית השתן
 סקשן ומתן חמצן ניטור רמת סוכר בדם והזרקת אינסולין
 טיפול סטומה טיפול אחר _____
 השגחה למניעת מצבי סיכון

פרוט הסיוע הנדרש: _____

ד. הערכות המערכת הבית-ספרית או הגן:

האם נערכו שינויים ארגוניים בגן/ בבית הספר על מנת להתאים את הסביבה לצרכי /מגבלות התלמיד?

שינוי בתזונה המשותפת שינויים מבניים התאמת ציוד

מתן הנחיות לכלל ההורים אחר: _____

משרד החינוך
המזכירות הפדגוגית
הפיקוח על הבריאות

פרט מה נעשה:

האם צוות המוסד החינוכי עבר הכשרה ייעודית ו/או הכשרה למתן עזרה ראשונה?

כן לא חלקי

פרט:

מערכת השעות של התלמיד :

ציין/י את מערכת השעות הפורמאלית של התלמיד :

| שישי | חמישי | רביעי | שלישי | שני | ראשון | |
|------|-------|-------|-------|-----|-------|--------|
| | | | | | | משעה |
| | | | | | | עד שעה |

האם חלה חובת יום לימודים ארוך על המסגרת החינוכית בה לומד/ת: כן לא

תאריך: _____

הנדון: פירוט ההוראות הטיפוליות או ההשגחה הנדרשות בשעות הלימודים בגן ילדים / בית הספר*

לתלמיד/ה _____, ת.ז. _____, ת. לידה _____,

1. האכלה בגסטרוסטומיה כן לא
מספר האכלות בשעות הלימודים _____ כמות פורמולה בכל האכלה _____

2. צנתור לדרכי השתן כן לא
מספר צנתורים בשעות הלימודים _____

3. סקשן של הפרשות מחלל הפה ומדרכי הנשימה כן לא
מספר הטיפולים בעת שהותו של התלמיד/ה במסגרת הלימודית _____

4. ניטור והזרקת אינסולין: כן לא
מספר הבדיקות הדרושות בשעות הלימודים _____ מספר הזרקות _____
שעות הבדיקות / ההזרקות לרמת סוכר בדם _____
הוראה אחרת לטיפול בסוכרת _____

5. טיפול פולשני אחר _____
פרט ונמק את הפעולה ואת מספר הפעמים במשך שעות שהותו של התלמיד
במסגרת הלימודית _____

6. השגחה לצורך מניעת מצב מסכן חיים: _____

הערכת הרופא ליכולת התלמיד לעצמאות בטיפול: _____

פרטים אלו מועברים בידיעת ובהסכמת ההורים.

בברכה,

_____ תאריך _____ שם הרופא _____ חותמת וחתימה _____ טלפון _____

*** ימולא רק ע"י הרופא מומחה בתחום המטפל בתלמיד/ה**

- יש לצרף את המסמכים הנדרשים לבקשה:
- 1. טופס בקשה של משרד הבריאות לבקשת מלווה, חתום ע"י רופא מטפל בתחום לשנת 2019
- 2. חוות דעת רפואית עדכנית נכונה לשנת 2018 מרופא מקצועי מטפל, המפרט את הטיפול הנדרש במהלך שעות הלימוד במוסד החינוכי.
- 3. חוות דעת תפקודית במקרים של טיפול פולשני בשגרה.
את הבקשה בצרוף המסמכים הנדרשים יש להגיש עד תאריך: 31.5.2019
במסירה ידנית או למייל של נרקיס: narkis@rishonlezin.muni.il