

להורים

כדי לתת לילדכם את התמיכה החינוכית המותאמת לצרכיו אתם מתבקשים לדאוג למילוי כל סעיפיו של טופס זה על ידי רופא עיניים מוסמך ומומחה לראייה ירודה-במידת הצורך.

שאלון לרופאי העיניים ומרפאות לראייה ירודה

פרטים אישיים (ימולא על ידי ההורים)

שם התלמיד/ה: _____ שם משפחה: _____
ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____
כתובת: _____ ישוב: _____ טלפון: _____
לומד/ת ב: (סמן X)
() גן () ביי"ס יסודי () חטי"ב () תיכון. כתה: _____
שם וכתובת המוסד החינוכי: _____
מטופל/ת בקופ"ח/בי"ח (שם, כתובת): _____
שם הרופא: _____

1. לרופא העיניים: נבקשך לרשום בשפה פשוטה ובכתב ברור

חדות ראייה

מרחוק:

ללא תיקון: _____ ימין: _____ שמאל: _____ בשתי העיניים: _____
עם תיקון אופטימלי: _____ ימין: _____ שמאל: _____ בשתי העיניים: _____

מקרוב:

ללא תיקון: _____ ימין: _____ שמאל: _____ בשתי העיניים: _____
עם תיקון אופטימלי: _____ ימין: _____ שמאל: _____ בשתי העיניים: _____
השיטה לפיה נמדדה הראייה: יגר / פיינבלום / סנלך / דפוס.

נא סמן בעיגול את הנתון המתאים

שדה ראייה:

צמצום קונצנטרי 20 - 40 מעלות, מתחת ל-20 מעלות, ראיית "צינור", חסר מרכזי

תגובה חזותית: (במידה ולא ניתן לבדוק חדות ראייה ושדה ראייה)

ימין _____ שמאל _____ בשתי העיניים _____
נבדק באמצעות: אור / צבע / חפץ / תמונה

חלק עין פגוע:

קרנית, קשתית, עדשה, זגוגית, רשתית, עצב ראייה, שרירי עיניים, עפעפיים, קורטקס ויזואלי.

אבחנה, וכמה מילות הסבר בשפה ברורה:

בדיקות עזר: VEP, CT, MRI, ERG, EEG

ייעוץ גנטי מומלץ: כן / לא

תחזית: מצב יציב, החמרה, יש מקום להתערבות כירורגית

מגבלות תפקוד: ראיית לילה, פוטופוביה, קריאה, ספורט, העתקה מהלוח, נידות, אחר (פרט)

ליקויים נוספים: _____

הערות:

תאריך הבדיקה: _____ חתימת וחותמת הרופא: _____

להורים: אני החתום מטה מסכים שמידע רפואי זה יועבר למשרד החינוך.

שם ההורה: _____ חתימה: _____

2. למומחה לראייה ירודה: נבקשך לרשום בשפה פשוטה ובכתב ברור

מסוגל לקרוא בעזרתם:	עזרי ראייה מיוחדים שניתנו לילד (נא לציין סוג ועוצמה)
	לרחוק:
	משקפיים:
	משקפים טלסקופיים:
	טלסקופ על משקפיים:
	טלסקופ על הצוואר:
	עדשות מגע
	עזרים אחרים
	לקרוב:
	משקפים ביפוקאליים:
	מגדלת מתהדקת למשקפיים:
	מישקף מיקרוסקופי:
	טלויזיה במעגל סגור - טמ"ס:
	עזרים אחרים:

שם הרופא/אופטומטריסט: _____

שם היחידה: _____

חתימה: _____

תאריך הבדיקה הקודמת: _____ ;

תאריך הבדיקה הנוכחית: _____

מועד הבדיקה הבאה: _____

להורים: אני החתום מטה מסכים שמידע רפואי זה יועבר למשרד החינוך.

שם ההורה: _____ חתימה: _____