

טפסים/12510

דו"ח מטיפת-חלב לוועדת תכנון טיפול לילדים בגיל הרך

ע"פ חוק פעוטות בסיכון

שם משפחה: _____ שם הילד: _____ ת"ז: _____

ת"ל: _____ שם האם: _____ שם האב: _____

האם הילד מגיע באופן סדיר למעקב וחיסונים בטיפת-חלב? _____

תאור מצב התפתחותי של הילד:

משקל וגובה הילד ביחס לעקומת הגדילה: _____

התפתחות מוטורית: _____

התפתחות שפה ותקשורת: _____

התפתחות רגשית: _____

תאור הטיפול ההורי בילד

קשר רגשי אם ילד: _____

קשר רגשי אב ילד: _____

תזונה מתאימה לגיל: _____

שמירה על היגיינה וטיפול רפואי (כשצריך) _____

גרייה מתאימה: _____

תנאי דיור: _____

האם היו סימנים של דיכאון אחרי לידה אצל האם? _____

האם את מודאגת מהתפתחותו התקינה של הפעוט או אחד מבני המשפחה? (פרטי את דאגותיך) _____

האם להערכתך מסגרת מעון תענה לצרכיו של התינוק ותתרום להתפתחותו התקינה? _____

המלצות לוועדה על תוכניות טיפול לילד ולמשפחתו: _____

הערות: _____

שם האחיות: _____ שם קופת-חולים: _____

תאריך: _____ חתימה: _____