

עיכוב התפתחותי (ילד מ - 91 יום עד 3 שנים)

גיל הילד בעת הבדיקה _____ חודשים לפג (עד גיל 24 חודש): גיל מתוקן _____ חודשים

ניקוד מצכה לפי גיל (עגל אם זכאי)	סה"כ ניקוד לפי גיל	בצע הפעולה לפי גיל (בחודשים) וניקוד					מבצע (עגל)	מבצע (עגל)	א. גיל הילד בעת הבדיקה*
		6-3	12-7	18-13	24-19	36-25			
2	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	5	0	מרם ראש בשכיבה על הבטן	6-3 חודשים
		1	2	3	4	5	0	מושיט יד לחפץ	
		1	2	3	4	5	0	מתהפך מהצד לבטן או לגב	
4	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	0	לא נופל כשמושיבים אותו	12-7 חודשים	
		1	2	3	4	0	מתהפך מהבטן לגב		
		1	2	3	4	0	מביא דברים לפיו		
		1	2	3	4	0	מחזיק את ראשו יציב		
9	<input type="checkbox"/>	1	2	3	0	מתיישב או עומד בעזרה	18-13 חודשים		
		1	2	3	0	מתהפך מהגב לבטן			
		1	2	3	0	זוחל על הגחון			
		1	2	3	0	מעביר מיד ליד			
15	<input type="checkbox"/>	1	2	0	עומד לבד	24-19 חודשים			
		1	2	0	מתיישב				
		1	2	0	זוחל על 4 גפיים				
		1	2	0	עובר את קו האמצע				
		1	2	0	תפיסת פימטה				
22	<input type="checkbox"/>	1	0	הולך לבד	36-25 חודשים				
		1	0	משרטט בעיפרון או בצבע					
		1	0	עולה במדרגות בעזרה					

יש לבדוק את ביצוע הפעולות מהפעולה הראשונה עד הפעולה האחרונה הרשומה בקבוצת הגיל, שבה נמצא הילד בעת הבדיקה. ילד שיום הולדתו חל בחודש האחרון של קבוצת הגיל יבדק לפי קבוצת הגיל שלאחריה.

- ב. בחצי השנה שקדמה לתביעה עד מועד הבדיקה הילד לא מסוגל היה לבצע את מרבית הפעולות ותנועות הראש, הגפיים והגב הרגילות אצל בני גילו:
- ג. מועד למעקב לא נכון לא נכון, הילד לא היה מסוגל לבצע את הפעולות הנ"ל מתארך _____

הסכמה לבדיקת תלולת בעזרת הזולת

בדיקה זו היא בדיקה פיזית, הבחנת את מידת התלולת בעזרת הזולת בביצוע פעולות היום יום (אכילה, נידות, בתוך הבית, הלבושה, רחצה, היגיינה אישית).

לתשומת לבכם: תוצאות בדיקה זו יכולות להשפיע על ססם הקצבה ובמקרים מסוימים על הטבות מחוץ לביטוח לאומי. האם אתם מעוניינים שילדכם ייבדק בבדיקה זו? כן לא

חתימה *