

 מס' זהות / זרע		 פנמי
71 מס'	20 המספר	 זרע
		מלבד (מריקה)

חתימת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
אגף גמלאות נכות
שירותים מיוחדים



הערכת תלוצ
שירותים מיוחדים

אל: ד"ר סטרול	מאת: אורטל	סניף: כפר סבא
סניף מגורים:	סניף הועדה:	מס' ועדה:
כפר סבא	18/10/2022	תאריך הועדה:

שם משפחה:	שם פרטי:	מספר זהות:
-----------	----------	------------

תביעה: תביעה ראשונה א' - רשימת הלקיים				
ב' -				
אחוזים רפואיים לצורך שר"מ:				
ג' -				
ADL				
ניידות:	רחצה:	הלבשה:	אכילה:	היגיינה אישית:
IADL				
הכנת מזון:	הפעלת מכשירים:	אחזקת בית:		
טיפול תרופתי:	קניות:	סידורים מוסדיים כספיים:		
ד' -				
דחיה מתאריך:		סה"כ ניקוד שצבר:		
שיעור קצבה:		ממועד:		

תאריך: 18/10/2022	חתימת פקיד תביעות/מזכיר ועדה:
	אורטל ועקנין

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד

שם התובע:	מס' ת.ז.:	מס' ועדה:	תאריך הועדה:
			18/10/2022

1 צבר אחוזים מתאימים לבדיקת שר"מ

2 האבחונים והמסמכים העומדים לרשות הרופא

אבחון רפואי	תאריך 18/10/2022	שם הבודק ד"ר סטרול
דו"ח פסיכולוגי:	תאריך:	שם הבודק:
דו"ח מסגרת חינוכית, מפעל מוגן וכד':	תאריך:	שם הבודק:
דו"ח הערכה תפקודית של אחות או מעריך:	תאריך:	שם הבודק:
מסמכים רפואיים:	תאריך:	שם הבודק:
סיכום אשפוז:	תאריך:	שם הבודק:
אחר, פרט: חווד של ראמטולוג פרופ' עמיטל 18/8/2022		

3 פרטי הדיון

התובע: נכח בדיון	
בעת הדיון נכח גם, פרט:	מס' רישיון:
עו"ד:	שם:
מלווה:	שם:
פרטי התובע והזהות אומתו לפי: ת.ז.	
בעת הדיון נכח גם, פרט:	מס' רישיון: 56789
עו"ד:	שם: שחר זמלר
מלווה:	שם:
האם קיבל חוות דעת רפואית/טופל/קיימת הכרות עם רופא הוועדה?: לא	
שם הרופא: ד"ר סטרול	
הדיון, התקיים ללא נוכחות התובע, הסיבה:	
הדיון לא מתקיים, הסיבה: בחר פרט.	



שם התובע:	מס' ת.ד.:	מס' ועדה:	תאריך הועדה:
			18/10/2022

4

תלונות הנבדק:

(תלונות התובע בתפקודו בפעולות היום יום ובנוסף פירוט טיפולים, מוסד רפואי בו מטופל הנכה ושם הרופא המטפל.)

הפסקתי לעבוד לפני שנתיים, הייתי סייעת בגן ילדים עקב מצבי הרפואי והחיסורים פוטרת. לפני שנה וחצי עברתי לדירת קרקע עם בעלי והילדים. אמא עובדת במשרה חלקית לעזור לי ובעלי עובדת ערבים כדי לעזור בבוקר. לא ישנה בלילה, לוקחת את הילדים למסגרות.

נתמכת בקב, יש ימים שאפילו לא יכולה לקום מהמיטה. בין 3-4 פעמים בשבוע להתלבש זקוקה לעזרה בפלג גוף תחתון. שמלה מצליחה לבד. מסדרים לי את האמבטיה.

לחפוף יכולה.

היגיינה אישית- עצמאית, לפעמים יש לי בריחות שתן וצריכה פד.

בישול- צריכה עזרה יש לי דלקות בידים, כריך יכולה להכין.

בנק - עצמאית רק זקוקה לליווי

קניות- בעלי עושה ומזמין מהאינטרנט

מפי העו"ד: בעלה עובד בלילות בשביל לעזור לה בבוקר.

עם מי מתגורר הנבדק ומי עוזר לו:

בעל +2

העזרה הנדרשת:

מי עוזר:

בעל, אמא ומשפחה

האם הוחל טיפול לקראת כניסה למוסד:

בחר פריט.

עזרה בתשלום:

מי מממן	שעות לשבוע	ימים לשבוע	נותן השירות - שם וכתובת (מס"ב ארגון אחר, מרכז יום, אדם פרטי וכו').	סוג העזרה (טיפול אישי/עזרה בבית וכו')
				לא

5 הצהרה			
אני מאשר כי הפרטים שנרשמו בעמוד זה הינם כפי שמסרתי לוועדה אני מסכים להיבדק ע"י הרופא המוסמך: <input checked="" type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא, הסיבה: שם הרופא המוסמך: ד"ר סטרול			
חתימת התובע:		חתימת המלווה:	
בהיעדר חתימת תובע/מלווה, חתימת רופא:			
שם התובע:	מס' ת.ז.:	מס' ועדה:	תאריך הועדה:
			18/10/2022

6 ממצאי הבדיקה הרפואית
<p>לפני שנה היתה מעורבת בתאונת דרכים, סליפת שוט בנוסף סובלת מדכאון וחרדות ידוע על פריצות דיסק, מעי רגז ופיברומאלגיה מהעבר</p> <p>מהמסמכים שהוצגו מתאר הפרעה בתפקוד על רקע פיברומיאלגיה וממליץ על תוכנית שיקום.</p>



שם התובע:	ת"ז:	מס' ועדה:	תאריך הועדה:
			18/10/2022

7

פעולות היום יום ADL

האם קיימות יכולות תפקוד לבצע את הפעולות המפורטות, לכל רמת תפקיד של פעולה ניתן ניקוד:
עצמאי = 0 נק', זקוק לסיוע מועט = 4 נק', במידה רבה = 8 נק', לחלוטין = 12 נק'

ניידות בתוך הבית: (תיאור תפקוד: קימה, הליכה, ישיבה) (פעולות אלה יש לבדוק בפועל)	
<input checked="" type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק' <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 4 נק' <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 8 נק' <input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 12 נק'	עצמאית - 0 נק': בבדיקה - קמה, הלכה וישיבה בכוחות עצמה. מתניידת בעזרת קב בצליעה קלה
הלבשה: (תיאור תפקוד: הלבשה והורדת חולצה, מכנסים/חצאית/שמלה, נעליים וגרביים) (פעולות אלה יש לבדוק בפועל)	
<input type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק' <input checked="" type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 4 נק' <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 8 נק' <input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 12 נק'	סיוע קל - 4: זקוקה לסיוע קלה בנעילת נעליים, גרבת גרביים, שריכה/כפתורים.
רחצה: (תיאור תפקוד: רחיצת פנים, ידיים, גוף, ניגוב, גלוח, חפיפת ראש, נוכחות זולת בעת הרחצה)	
<input type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק' <input checked="" type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 4 נק' <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 8 נק' <input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 12 נק'	סיוע קל - 4: זקוקה לעזרה בהכנת תנאי רחצה, כניסה לאמבטחיה, הדרכה, דרבון קל. השגחה מחשש שתיפול
אכילה: (תיאור תפקוד: אילה בכף, אכילת מוצקים, שתיה מכוס, הגשת אוכל וחימומו)	
<input checked="" type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק' <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 4 נק' <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 8 נק' <input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 12 נק'	עצמאית - 0: אוכלת ושותה בכוחות עצמה, לא זקוקה כלל לעזרת אדם אחר.
היגיינה אישית: (תיאור תפקוד: שליטה על הסוגרים, שימוש בשירותים הכולל ניידות, הלבשה והיגיינה אישית)	
<input checked="" type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק' <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 4 נק' <input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 8 נק' <input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 12 נק'	עצמאית - 0: שולטת על סוגרים, עצמאית במעברים, שומרת על היגיינה בכוחות עצמה, לא זקוקה לעזרת אדם אחר.
סה"כ ניקוד ADL: 8	

שם התובע:	מס' ת.ד.:	מס' ועדה:	תאריך הועדה:
			18/10/2022

8	השגחה (השגחה ופיקוח על הנכה למניעת סכנה לעצמו ולאחרים – בתוך ביתו). ההשגחה מזכה ב- 20 נקודות.
---	--

א. אירועים ותקריות ב- 3 חודשים אחרונים (לפי דיווח הנכה או המלווים)	
ללא	
ב. הבנה והתמצאות של הנכה: מצב קוגניטיבי:	
<input checked="" type="checkbox"/> תקין	<input type="checkbox"/> לא תקין
נמק:	
ג. יוזם פעולות המסכנות את עצמו או את הסביבה:	
<input type="checkbox"/> כן	<input checked="" type="checkbox"/> לא
נמק:	
ד. קיים השגחה בפועל:	
<input type="checkbox"/> זקוק להשגחה (20 נק')	<input checked="" type="checkbox"/> אינו זקוק להשגחה
נמק:	



שם התובע:	מס' נז.ז.:	מס' זעדה:	תאריך הועדה:
			18/10/2022

9	<p>פעולות היום יום IADL</p> <p>האם קיימות יכולות תפקוד לבצע את הפעולות המפורטות, לכל רמת תפקוד של פעולה ניתן ניקוד:</p> <p>עצמאי = 0 נק', זקוק לסיוע מועט = 1 נק', במידה רבה = 2 נק', לחלוטין = 3 נק'</p>
---	--

<p>הכנת מזון: (תיאור תפקוד: תכנון ארוחה, הכנה הכוללת חיתוך, חימום ובישול)</p> <p>סיוע קל - 1: מסוגלת להכין ארוחה שאיננה מורכבת. (בישול פשוט וחיתוך).</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק'</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 1 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 2 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 3 נק'</p>	
<p>הפעלת מכשירים: (תיאור תפקוד: שימוש במכשירים ביתיים בסיסיים כגון טלפון, תנור חימום וכו')</p> <p>עצמאית - 0: מסוגלת להפעיל ולהשתמש במכשירים חשמליים ללא עזרה.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 1 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 2 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 3 נק'</p>	
<p>אחזקת בית: (תיאור תפקוד: סדר, ניקיון, קיפול, טאטוא, מכונת כביסה וכו')</p> <p>תלויה לחלוטין - 3: אינה מסוגלת לבצע על פעילות או לבצע פעילות יעילה של אחזקת הבית.</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 1 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 2 נק'</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 3 נק'</p>	
<p>טיפול תרופתי: (תיאור תפקוד: סידור התרופות ולקיחתן)</p> <p>עצמאית - 0: לוקחת תרופות באופן עצמאי במינון נכון ובאופן סדיר, כולל שינוי במינון בעת הצורך.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 1 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 2 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 3 נק'</p>	
<p>קניות: (תיאור תפקוד: תכנון קניה, הבחנה בין מוצרים, ביצוע קניה ותשלום)</p> <p>סיוע קל - 1: לא מסוגל לבצע קניות שבועיות או מורכבות, מסוגל לבצע קניה של מספר מועט של פריטים בשל מגבלה פיזית, להבחין ביניהם ולבצע תשלום.</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק'</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 1 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 2 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 3 נק'</p>	
<p>סידורים מוסדיים וכספיים: (תיאור תפקוד: התנהלות מול מוסדות וניהול תשלומים וחשבונות)</p> <p>סיוע קל - 1: מנהל את ענייניו באופן עצמאי, אך זקוק לסיוע בשל מגבלה פיזית בבנק, בקופ"ח ובמשרדים השונים.</p> <p><input type="checkbox"/> עצמאי = 0 נק'</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> זקוק לסיוע מועט - 1 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> זקוק לסיוע במידה רבה - 2 נק'</p> <p><input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין - 3 נק'</p>	
<p>סה"כ ניקוד IADL: 6</p>	

שם התובע:	מס' ת.ז.:	מס' ועדה:	תאריך הועדה:
			18/10/2022

שם התובע:	מס' ת.ז.:	מס' ועדה:	תאריך הועדה:
			18/10/2022

10	<p>האם רמת התפקוד מוסברת ע"י הליקוי הרפואי:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> כן</p> <p><input type="checkbox"/> לא, נמק (פרט באיזה פעולות):</p>
----	---

11	<p>במידה ובוצע ביקור בית לפני ביצוע הערכת התלות: <input type="checkbox"/> מסכים לממצאי מעריך התלות – קבע רמת תפקוד.</p> <p><input type="checkbox"/> לא מסכים לממצאי מעריך התלות (פרט באיזה סעיף אינך מסכים):</p> <p>נדרש דיון:</p> <p><input type="checkbox"/> כן</p> <p><input type="checkbox"/> לא, נמק:</p>
----	--

12	<p>עצירת דיון</p> <p>הזמנת נתונים נוספים:</p> <p><input type="checkbox"/> יש לבקש מסמכים נוספים לפני קבלת החלטה, פרט:</p>
----	---

13	<p>מחלות ממאירות – ימולא במידה ומדובר בחולה אונקולוגי המקבל טיפול כימותרפי קביעת הזכאות בהתאם לסוג הטיפול (הניתן דרך הוריד)</p> <p><input type="checkbox"/> Acthracyclines – adriablastina, doxorubicin, doxil, epirubicin, myocet, farmorubicin, liposomal.</p> <p><input type="checkbox"/> Cyolophosphamids – endoxan, ifosphamide, ifoxan, Temozolomide (po), temodal, temodar.</p> <p><input type="checkbox"/> Dacarbazine=dacine, deticine, dtic.</p> <p><input type="checkbox"/> Etoposide=etoposide.</p> <p><input type="checkbox"/> Irinotecan=campito, irinomed.</p> <p><input type="checkbox"/> Platinum=cisplatin, abiplatin, carboplatin, paraplatin, eloxatin, oxaliplatin.</p> <p>Taxanes=jevtana, paclitaxel/abraxane/ pacliavenir/ nab biotax, ebetaxel, docetaxel, medixel, paclitaxel,</p> <p><input type="checkbox"/> taxotere.</p> <p><input type="checkbox"/> Topotecan=hycamtin, topotecan, potactasol.</p> <p><input type="checkbox"/> Trabectedin=yondelis.</p> <p><input type="checkbox"/> Vinorelbine=navelbine/navelbine.</p> <p><input type="checkbox"/> Pyrimidine/ Analogues=gemcitabine, gemzar, mediatibine, vimpat, 5-fu, flurocial, Capecitabine, xeloda.</p> <p><input type="checkbox"/> Ipilimumab=yervoy, keyruda, opdivo.</p> <p><input type="checkbox"/> Eribulin, ixempar, tdm-i</p> <p>(במידה ומקבל אחד מהטיפולים האלה, ניתן לקבוע זכאות בשיעור 50% ללא בדיקת ADL)</p> <p><input type="checkbox"/> מקבל הקרנות לאחר טיפול כימותרפי: מתאריך: עד תאריך:</p>
----	--



שיעור הזכאות:

סה"כ ניקוד ADL:	8
השגחה:	
סה"כ ניקוד IADL:	6
סה"כ ניקוד:	14

ADL+IADL	<input checked="" type="checkbox"/> עצמאי או אינו תלוי בזולת בעזרה רבה ברוב פעולות היום יום ברוב שעות היממה
0-19 נק'	מתאריך: חצי שנה רטר עד תאריך:
20-43 נק'	<input type="checkbox"/> תלוי בעזרה רבה מהזולת בביצוע רוב פעולות היום יום ברוב שעות היממה, ובביצוע פעולות הקשורות לשירותו האישי ולמשק ביתו (או זקוק להשגחה ופיקוח למניעת סכנה לעצמו ולאחרים - עד 1.4.15)
	מתאריך: עד תאריך:
44-58 נק'	<input type="checkbox"/> תלוי בעזרה רבה מהזולת בביצוע רוב פעולות היום יום ברוב שעות היממה, ובביצוע פעולות הקשורות לשירותו האישי ולמשק ביתו או צובר עד 23 נקודות ב- ADL+IADL וזקוק להשגחה ופיקוח למניעת סכנה לעצמו ולאחרים - עד 1.4.15
	מתאריך: עד תאריך:
59-67 נק'	<input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין בעזרת הזולת בביצוע רוב פעולות היום יום בכל שעות היממה, ובביצוע פעולות הקשורות לשירותו האישי ולמשק ביתו או צובר 44 נק' ב- ADL+IADL וזקוק להשגחה ופיקוח למניעת סכנה לעצמו ולאחרים החל מ- 1.4.15
	מתאריך: עד תאריך:
68 נק' ומעלה	<input type="checkbox"/> תלוי לחלוטין בעזרת הזולת במידה רבה במיוחד בביצוע כל פעולות היום-יום בכל שעות היממה, ובביצוע פעולות הקשורות לשירותו האישי ולמשק ביתו (ניתן לקבוע החל מ- 01.01.22)
	מתאריך: עד תאריך:

<input type="checkbox"/> חולה אונקולוגי המקבל אחד מהטיפולים הנמצאים ברשימה (זכאות לפחות לחצי שנה)	
מתאריך:	עד תאריך:
<input type="checkbox"/> עיוורון (לפחות 90% בגין חדות ראייה 52 (1) או 100% שדה ראייה 52 (2) או 53 (2))	
מתאריך:	עד תאריך:
<input type="checkbox"/> חולה המקבל טיפול בדיאליזה	
מתאריך:	עד תאריך:
<input type="checkbox"/> חולה לאחר השתלת איבר (זכאות לחצי שנה)	
מתאריך:	עד תאריך:
<input type="checkbox"/> השתלת מח עצמית (זכאות לשלושה חודשים)	
מתאריך:	עד תאריך:
<input type="checkbox"/> השתלה מתורם זר (זכאות לחצי שנה)	
מתאריך:	עד תאריך:
<input type="checkbox"/> מונשם (לא כולל מחולי חמצן, bipap, c-pap ודומיהם) סוג מכונת ההנשמה:	
מתאריך:	עד תאריך:
<input type="checkbox"/> מחלה פרוגרסיבית, יש לבחון החמרה בתפקוד	
תאריך: 18/10/2022	שם הרופא: ד"ר סטרול
תאריך: 18/10/2022	שם המזכיר: אורטל ועקנין
חתימה: אורטל	חתימה: אורטל

טל: 052-5111111
052-5111111