

לכבוד  
הועדה הבין משרדית  
משרד החינוך  
ירושלים

שלום רב,

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,

\_\_\_\_\_  
טלפון

\_\_\_\_\_  
חותמת וחתימה

\_\_\_\_\_  
שם הרופא

\_\_\_\_\_  
תאריך

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