

להורים שלום,

אני מעבירה לכם טפסים למלאות עבור המשך העסקתה של סייעת צמודה לילדכם כדלקמן :

1. טופס ראשון , אותו ימלא הרופא המטפל בליווי חתימה וחותמת המוסד בו מטופל התלמיד.
2. נא הביאו דו"ח פסיכו סוציאלי מהעובדת הסוציאלית המלווה אתכם לחילופין ניתן להביאו מיועצת בית הספר בו לומד התלמיד.
3. את הטפסים יש להעביר אלי לא יאוחר מתאריך 1.7.2013
4. ניתן לפנות אלי בכל שאלה בטל' 09-7649338
5. את הטפסים יש להעביר לפקס שמספרו 09-7646411 הפקס הנו פקס אימייל שלי איש אינו רואה את הפרטים .

מאחלת לכם שנת לימודים פוריה ובריאות טובה

א. ב .

אגף החינוך

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,

תאריך _____ שם הרופא _____ חותמת וחתימה _____ טלפון _____

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