



לכבוד

אדון גברת נכבד.ה,

הטפסים המופיעים להלן נחוצים לתהליך קבלתך לקורס בביה"ס לכלבי נחייה.

אנא מלא.י טפסים אלו ושלח.י אלינו בהקדם לכתובת הרשומה על המעטפה.

להלן רשימת הטפסים:

1. שאלון כללי
2. שאלון רפואי – אותו ימלא רופא המשפחה
(כולל הצהרה על ויתור סודיות רפואית)
3. תמונה אישית.

מקום לתמונה:

תאריך מילוי הטופס:

ויתור על סודיות רפואיות

לכבוד:

"עיניים מנחות לעיוור"

ת.ד. 649

קריית שמונה

אני החתום מטה נותן בזה רשות לקופת חולים ו/או לעובדיה הרפואיים האחרים, ו/או למוסדותיה הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים או לסניפיה, וכן לכל הרופאים, המוסדות הרפואיים ובתי חולים האחרים, למסור ל"עיניים מנחות לעיוור בישראל" – ביה"ס לכלבי נחייה (להלן: "המבקש") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובצורה שתידרש ע"י "המבקש", על מצב בריאותי, ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שהנני חולה כעת, ו/או שאחלה בה בעתיד, והנני משחרר אתכם וכל רופא מרופאיכם, ו/או כל עובד רפואי אחר, ו/או כל מוסד ממוסדותיכם הרפואיים, ו/או כל סניף מסניפכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי, ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהייה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר להנ"ל.

כתב ויתור זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

השם והמשפחה: _____ מס. ת.ז.: _____

מען: _____

שם קופת חולים: _____ סניף: _____

חתימה

עד לחתימה

מקום והחתימה ותאריך

שאלון כללי – בקשה לכלב נחייה

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

כתובת: _____ מיקוד: _____

טל בבית: _____ בעבודה _____ נייד _____

פרטים אישיים: תאריך לידה _____ מקום לידה _____

דת _____ משקל _____ גובה _____

מצב אישי:

נ	ג	א	ר
---	---	---	---

 שם בן.בת זוג _____

מס' ילדים _____ גילאים _____ גרים בבית _____

האם אתה גרה.ה אצל מישהו (קרוב משפחה)?

כתובת: _____

ראייה: סיבת העיוורון _____ כמה זמן עיוור? _____

אחוזי ראייה: עין שמאל _____ עין ימין _____

האם מתנייד לבד ברחוב? _____ מכיר את עיר מגוריו? _____

בריאות: סוכרת: כ / ל _____ כמות אינסולין _____

לחץ דם כ / ל _____ מחלת נפילה _____

כאבי ראש כ / ל _____ שמיעה רגילה כ / ל _____

אשפוזים כ / ל פירוט: _____ תאריך אשפוז: _____

נכויות אחרות מלבד עיוורון, פירוט: _____

הרופא המטפל, שם וכתובת _____

כמה זמן מטופל ע"י הרופא הנ"ל _____

השכלה : ביה"ס יסודי _____ תיכון _____

ביה"ס מקצועי _____ אוניברסיטה _____

תחום הלימודים _____

האם עברת הכשרה במגדל אור ? פרט! _____

תכניות להשכלה נוספת _____ ברייל כ / ל

מקצוע : לפני העיוורון _____ עיסוק לאחר העיוורון _____

עבודה נכון להיום _____ תכניות למציאת עבודה _____

קבלת קצבת סעד / גמלאות _____ סוג התגמולים _____

כלב נחיה בעבר כ / ל _____ שם ביה"ס בו הודרכת _____

בתאריכים _____

האם חבר בארגון לעיוורים ? כ / ל _____ שם הארגון _____

תאר סוג המגורים שלך בבית :

מס' חדרים _____ האם יש מקום לכלב ? כ / ל פרט! _____

חיות בית אחרות ? כ / ל _____ ניסיון עם כלבים ? כ / ל סוג _____

האם בני המשפחה מתנגדים לכלב בבית ? כ / ל סיבות _____

האם כל הרחובות בסמוך לבית מגורך עם מדרכות ? _____

משתמש באלכוהול ? כ / ל סוג השתייה _____ כמות _____

ציין לפחות 3 שמות אנשים שמכירים אותך אישית :

1. _____ מס. טלפון _____

2. _____ מס. טלפון _____

3. _____ מס. טלפון _____

נכה מלחמה:

האם אתה נכה צה"ל ? כ / ל אחוזי נכות _____

הנני החתום מטה מאשר שכל הפרטים שמסרתי נכונים

_____ חתימה _____ מס' תעודת זהות _____ תאריך _____

דו"ח רפואי

שם החולה: _____

כתובת _____ עיר _____ מדינה _____

תאריך הבדיקה _____ משך היכרותך עם החולה _____
היסטוריה רפואית: עיוורון _____

גיל התעוורות: _____ נכויות אחרות _____

נתונים פיזיים: גיל _____ גובה _____ משקל _____
לחץ דם _____ עור ובלוטת לימפה _____
צואר וראש _____

שמיעה: ימין _____ שמאל _____

ראיה: ימין _____ שמאל _____

תנועות העין: ימין _____ שמאל _____

לב-ריאה: _____
שלפוחית: _____
גפיים: _____

הגבלות בתנועה _____ דפקים פריפריים _____

הגבלות כתוצאה מסתימות עורקים _____

דלקת פרקים _____ מגבלות אחרות _____

מערכת העצבים: סקירה נפשית כללית _____

עדות למחלות כרוניות _____

יכולת לעמוד בהליכות ארוכות: נורמלי _____ מוגבל _____

דרכי שתן: _____

בדיקות דם עדכניות: _____

אבחנה: עיניים _____

אחר _____

הערות: האם לדעתך מצבו הפיזי של הפונה יאפשר לו לעבור את קורס ההדרכה עם כלב נחייה? (הקורס דורש מאמץ פיזי ונפשי אינטנסיבי ומרוכז) אנא ציין ממצאים יוצאי דופן שעשויים להשפיע על ההצלחה בקורס. _____

האם הפונה חולה סכרת? - כ / ל

האם הוא מסוגל להזריק אינסולין בצורה עצמאית? כ / ל

אנא ציין דיאטה מיוחדת _____

תאריך בדיקת סוכר ודם אחרונה _____

סוג הטיפול באינסולין _____

האם הפונה מטופל על ידי תרופות כלשהן? _____

לרופא המטופל :

המבוא כאן מיועד לאפשר להבין ולהעריך את כשירותו הפיזית של העיוור בנוגע לקורס כלבי נחייה שהוא עומד לעבור.

כושר פיזי – קורס ההדרכה הוא בתנאי פנימיה, אורכו ארבע שבועות והוא דחוס ומרוכז. הסטודנטים עובדים תחת לחץ פיזי ונפשי מתמיד, בסדר יום ארוך ומגוון.

העיוור נדרש להאיץ את מהירות הליכתו ואורך המסלולים ביחס להרגלי היום-יום: מהירות של ארבע עד חמישה קילומטרים בשעה וזמן הליכה של חצי שעה עד שעה ביום.

חשוב שהעיוור יהיה בעל שיווי משקל, קורדינציה וזיכרון.

מאחר וידיית הרתמה של כלב הנחייה נאחזת ביד שמאל, אנא פרט במידה וקיימת הגבלה בשימוש ביד זו. באם קיימת הגבלה חמורה ביד שמאל פרט תפקוד יד ימין.

עיוור בעל מחלות כרוניות ובעיות בתפקוד מערכות משניות יכול להתקבל בתנאי שהמצב נמצא תחת שליטה תרופתית.

סכרת – בכל מקרה של סכרת יועצו הרפואי מעוניין לדעת האם החולה הוא בעל היסטוריה של איבוד הכרה או שוק אינסולין. האם היו מקרים של חוסר או עודף קיצוני של סוכר בדם שגרמו לחולה להגיע לבית חולים בחוסר הכרה.

ציין את רמת הסוכר לאחר צום או לאחר ארוחה _____

האם קיימים סיבוכים של המחלה (כליה למשל)? _____

האם הפציאנט מבין את מצבו כך שיוכל לנקוט באמצעי הזהירות הנדרשים?

שמיעה: אם יש עדות לאובדן שמיעה של יותר מ- 10% אנו מבקשים את תוצאות בדיקת השמיעה באשר לגובה, חדות ותדירות השמיעה. אנו מקבלים מועמדים אשר תדירות שמיעתם היא בטווח הגבוה, המאפשרת להם הוראות זרם תנועה, ובסיוע של אביזרי שמיעה מאפשרת להם לשמוע את הוראות המדריך.

כידוע לך שמיעה בתדירויות נמוכות גוררת בעקבותיה איבוד חוש הכיוון והיכולת לתרגם את הקולות המשודרים מהסביבה - דבר זה מהווה סכנה לעיוור ולכלבו.

הסתגלות חברתית : בזמן ההדרכה (אשר מתנהלת בתנאי פנימיה מלאים), מחוייב הסטודנט לחלק את חדרו, לעבוד ולהתערות עם שותפיו לקורס. העיוור נדרש להיות בוגר בנפשו, בעל אוריאנטציה ויכולת הסתגלות חברתית שתאפשר לו להשתלב בכל ההתרחשות חברתית. דיאטה או תרופות מיוחדות עשויות להשפיע על מצבו הפיזי של העיוור בזמן שהייתו בבית- הספר.

אנא פרט _____

האם היו מחלות , פציעות או ניתוחים משמעותיים בשנה החולפת?

אנא פרט _____

בתודה על שיתוף הפעולה

חתימה וחותמת הרופא

תאריך