

טופס סולם הערכה ע"ש NICHQ ונדרבילט

שאלון להורה

תאריך מילוי השאלון _____

הורים שלום,

המידע אודות תפקוד הילד/ה חשוב לנו מאוד ועוזר בתהליך המיון. אנא מלא/י את כל השאלות
בשאלון בפירוט, אלא אם צוין אחרת.

פרטי הילד/ה

שם פרטי:	שם משפחה:	מין / מגדר:	תעודת זהות:	ת.לידה:
סיבת הפנייה		סוג המסגרת שהילד לומד בו:		
<input type="checkbox"/> כיתה רגילה <input type="checkbox"/> בי"ס לחינוך מיוחד <input type="checkbox"/> אחר _____		<input type="checkbox"/> כיתה רגילה עם סיוע <input type="checkbox"/> כיתת חינוך מיוחד בבית ספר רגיל		
כתובת:				

פרטי ההורים

הורה (1): <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם	שם פרטי הורה (1):	שם משפחה הורה (1):	שנת לידה	טל' נייד
ארץ לידה:		עיסוק	מייל	
הורה (2): <input type="checkbox"/> אב <input type="checkbox"/> אם	שם פרטי הורה (2):	שם משפחה הורה (2):	שנת לידה	טל' נייד
ארץ לידה:		עיסוק	מייל	
מצב משפחתי:		מידע נוסף:		
<input type="checkbox"/> נשואים <input type="checkbox"/> ידועים בציבור <input checked="" type="checkbox"/> הורות משותפת* <input checked="" type="checkbox"/> פרודים*		<input type="checkbox"/> הורה יחידני <input checked="" type="checkbox"/> גרושים* (שנת גירושין _____) <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> אחר _____		
* אם נבחר "הורות משותפת", "גרושים" או "פרודים" יש לצרף טופס אישור הורה נוסף.				

טופס סולם הערכה ע"ש NICHQ ונדרבילט

שאלון להורה

שפה

הבנה הבעה ודיבור

קושי רוב מאוד	קושי בינוני	קושי קל	כמו בני אותו גיל	טוב יותר מבני אותו גיל	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הבנת שפה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הבעת שפה
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אוצר מילים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	דיבור מובן וברור ללא שיבושים

☐ לא

☐ כן

האם הייתה נסיגה ביכולות בתחום השפה?

יש עוד משהו שחשוב שנדע בנוגע לשפה, הבנה ודיבור של התלמיד/ה?

תקשורת

קשר עין, התנהגות חברתית, משחק בקבוצה

קושי רוב מאוד	קושי בינוני	קושי קל	כמו בני אותו גיל	טוב יותר מבני אותו גיל	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קשר עין
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קשרים חברתיים
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פתרון בעיות חברתיות
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הסתגלות לשינויים

☐ לא

☐ כן

האם הייתה נסיגה ביכולות בתחום התקשורת?

יש עוד משהו שחשוב שנדע בנוגע לתקשורת של התלמיד/ה?

טופס סולם הערכה ע"ש NICHQ ונדרבילט

שאלון להורה

שאלון התנהגותי - ונדרבילט - למילוי ע"י הורה התלמיד/ה

בשאלות הבאות יש להביא בחשבון את המצופה מהילד/ה בהתאם לגיל, תוך התייחסות להתנהגויות שלו/שלה מאז תחילת שנת הלימודים. אם מילאת שאלון זה בעבר יש לחשוב על ההתנהגויות של הילד/ה בפרק הזמן שעבר מאז מילוי השאלון.

סימפטומים

אם במהלך ששת החודשים האחרונים הילד/ה:	לעתים קרובות מאוד	לעיתים קרובות	לפעמים	אף פעם
1. מתקשה לשים לב לפרטים או עושה טעויות מחוסר תשומת לב בשיעורי הבית או בפעילויות אחרות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. מתקשה להתמיד במתן תשומת לב למשימות שנדרש לבצע	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. נראה כי לא מקשיב/ה למה שאומרים לו/ה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. מתקשה למלא הוראות ולסיים פעילויות ומטלות (לא בשל סרבנות או חוסר הבנה)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. מתקשה בארגון של משימות ומטלות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. נמנע/ת או נרתע/ת מלבצע משימות הדורשות ריכוז ומחשבה מתמשכים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. מאבד/ת חפצים הדרושים לפעילויות ולמשימות שונות, כמו כלי כתיבה, ספרים ושיעורי בית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. גירויים ורעשים חיצוניים מסיחים בקלות את דעתו/ה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. מבולבל/ת ושכחנ/ית בפעילויות יום-יומיות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. יושב/ת בחוסר מנוחה, מרבה להזיז ידיים ורגליים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. עוזב/ת את הכיסא שלו במצבים שבהם מצופה להישאר לשבת (כמו שיעורים)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. מרבה לרוץ או לטפס במצבים שאינם מתאימים לכך	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. מתקשה לשחק או להעסיק את עצמו/ה בפעילויות פנאי שקטות ורגועות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. חסר/ת מנוחה, נמצא/ת בפעילות מתמדת, מתנהג/ת כאילו מונע/ת על-ידי מנוע	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. מדבר יותר/ת מדי, פטפטן/ית	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. מתפרצ/ת ועונה לשאלות לפני שסיימו לשאול אותן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

טופס סולם הערכה ע"ש NICHQ ונדרבילט

שאלון להורה

אף פעם	לפעמים	לעיתים קרובות	לעיתים קרובות מאוד	סימפטום התנהגותי האם במהלך ששת החודשים האחרונים הילד/ה:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מתקשה לחכות לתורו/ה	17.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מפריע/ה או מתערב/ת בשיחות או בפעילויות של אחרים	18.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מאבד/ת עשתונות	19.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מתנגד/ת או מסרב/ת לציית לבקשות או להוראות של מבוגרים	20.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	כועס/ת או מריד/ה	21.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נקמנית, חייב/ת להחזיר למי שפוגע בו/בה	22.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נוהג/ת בבריונות, מטריד/ה אחרים ומאיימ/ת עליהם	23.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מתחילה/ה קטטות עם אחרים	24.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	משקר/ת כדי להיחלץ מצרה או כדי להימנע מקיום מחויבויות	25.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מתאכזר/ת פיזית לאחרים	26.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	גונב/ת חפצים בעלי ערך	27.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הורס/ת במכוון רכוש של אחרים	28.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	במהלך קטטה השתמש/ה בנשק שעלול לגרום לפגיעה קשה, כמו מקל, אולר, סכין או אבנים	29.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אלימה/ה כלפי בעלי חיים	30.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	הצית/ה אש במכוון בכדי לגרום לנזק	31.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פרצה/ה לבית או לרכב של מישהו אחר	32.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שה/תה מחוץ לבית בלילה ללא רשות	33.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ברח/ה מהבית למשך הלילה	34.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אילצה/ה מישהו או מישהי לפעילות מינית	35.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	נבוכ/ה בקלות, עודף מודעות עצמית	36.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פוחד/ת, חרד/ה או מודאג/ת	37.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מפחד/ת לנסות דברים חדשים מחשש לטעויות	38.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מרגיש/ה חוסר ערך או נחיתות	39.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מאשימ/ה עצמו בבעיות, חש/ה אשמה	40.

טופס סולם הערכה ע"ש NICHQ ונדרבילט

שאלון להורה

אף פעם	לפעמים	לעיתים קרובות	לעיתים קרובות מאוד	סימפטום התנהגותי האם במהלך ששת החודשים האחרונים הילד/ה:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	חש/ה בודד/ה, לא רצוי/ה או לא אהוב/ה, מתלוננ/ת שאיש לא אוהב אותו/ה	41.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עצוב/ה או מדוכא/ת	42.

הערות

הישגים

הישגים	מצוין	מעל הממוצע	ממוצע	מעט בעייתי	בעייתי	
קריאה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43.
חשבון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44.
הבעה בכתב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45.
קשרים חברתיים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46.
ביצוע הוראות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47.
הפרעה בכיתה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48.
סיום משימות	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49.
כישורי ארגון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50.

תופעות גופניות

תופעות גופניות	מצוין	מעל הממוצע	ממוצע	מעט בעייתי	בעייתי	
כאבי ראש	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51.
כאבי בטן	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52.
שינוי בתיאבון	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53.
קושי בשינה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54.

טופס סולם הערכה ע"ש NICHQ ונדרבילט

שאלון להורה

תופעות גופניות	מצוין	ממל הממוצע	ממוצע	מעט בעייתי	בעייתי
55. חוסר שקט בשעות הבוקר המאוחרות, אחר הצהריים או בערב	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. נסיגה חברתית - ירידה בקשרים חברתיים עם אחרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. עצב קיצוני או בכי חריג	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. התנהגות עייפה, משועממת, אדישה	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. תחושת רעד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. תנועות חוזרות, טיקים, מצמוצי עיניים או עוותי פנים חוזרים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. כסית ציפורניים, גרד	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. ראייה או שמיעה של דברים שאינם קיימים	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

חוזקות עיקריות:

קשיים ואתגרים עיקריים:

הערות נוספות:



מרפאה לאבחון וטיפול בהפרעות
קשב ופעלתנות יתר בילדים ומבוגרים

טופס סולם הערכה ע"ש NICHQ ונדרבילט

שאלון להורה
