

## היחידה לבחינות מותאמות

### חוות דעת רפואית

רופא/ה נכבד/ה!

שלום רב,

המרכז הארצי לבחינות ולהערכה עורך בחינות בתנאים מותאמים לאנשים שיש להם מגבלות בריאותיות, מגבלות נפשיות, לקויות למידה או לקויות קשב.

התאמות בבחינה ניתנות רק כאשר המגבלה צפויה להשפיע באופן מהותי על התפקוד בבחינה. השפעה זו אמורה להיות מתועדת ומנומקת בחוות הדעת הרפואית.

ההתאמות יכולות לבוא לידי ביטוי, בין השאר, בהארכת משך הבחינה, בהפסקות בין פרקים, בגיליון תשובות מיוחד ובשימוש במחשבון.

יש להקפיד על מילוי כל הפרטים בשאלון כדי לאפשר טיפול יעיל בבקשה לתנאים מותאמים בבחינה. כמו כן, יש לחתום בתחתית השאלון על נכונות הפרטים בו.

שם הפונה: \_\_\_\_\_ מספר תעודת הזהות: \_\_\_\_\_

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ הגיל בעת הבדיקה: \_\_\_\_\_

תאריך הבדיקה: \_\_\_\_\_ תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_

שם הרופא: \_\_\_\_\_ תחום המומחיות/המקצוע: \_\_\_\_\_

הכתובת: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון: \_\_\_\_\_

שעות הקבלה (לצורך בירורים): \_\_\_\_\_

### המשך השאלון ימולא על ידי הרופא.

אני מאשר/ת בזאת שלמיטב ידיעתי כל המידע בשאלון זה נכון.

חתימת הרופא/ה: \_\_\_\_\_ מס' הרישיון \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

אין באמור לעיל כדי לפגוע בזכותו של המרכז הארצי לבחינות ולהערכה לבקש חוות דעת שנייה מרופא מומחה. כמו כן, המרכז הארצי לבחינות ולהערכה שומר לעצמו את הזכות להזמין, במידת הצורך, למסור עדות לפני כל ערכאה שיפוטית.

אנו מודים לך מראש על מילוי חוות הדעת בהתאם למבוקש בשאלון.

## בעיה נפשית (ימולא מטעם פסיכיאטר מטפל)

רופא/ה נכבד/ה: נודה לך על מילוי מפורט של שאלון זה כדי שנוכל ללמוד על מצבו הנפשי של הפונה. פרטים חסרים עלולים לגרום להערכה ולטיפול שאיננו תואם את מצבו של הפונה.

1. אבחנה:

---

---

2. פירוט האנמנזה (תולדות הבעיה הנפשית):

א. נא לתאר את הבעיה הנפשית והסימפטומים הנלווים לה כיום:

---

---

---

ב. מתי התחילה הבעיה הנפשית?

---

ג. האם הפונה אושפז בעבר?

---

ד. כיצד אופיינו המשברים הרגשיים בעבר?

---

---

---

ה. נא תאר קשיי תפקוד (כיום) במספר תחומי חיים (תעסוקה, חברתי, משפחתי), אנא פרט ככל האפשר ותן דוגמאות (היעדר פירוט יפגע באפשרות לקבל תמונה מלאה ולהקצות את התנאים המתאימים לפונה):

---

---

---

---

---

1. כיצד הסימפטומים משפיעים על התפקוד היום-יומי?

---

---

---

---

---

3. **טיפול תרופתי, אם ניתן :**

א. פרט את שם התרופה והמינון המומלץ על ידך :

---

---

ב. כמה זמן הפונה נוטל טיפול תרופתי זה (או דומיו)?

---

ג. מה ההשפעה הצפויה של הטיפול התרופתי ובעיית הפונה על תפקודו בבחינה?

---

---

---

---

4. **התאמות בבחינה :**

ההתאמות בבחינה המומלצות על ידך :

---

---

---

5. **תקופת ההיכרות עם הפונה :**

כמה זמן הפונה מטופל על ידך, ובאיזו תדירות?

---