

היחידה לבחינות מותאמות

חוות דעת רפואית

רופא/ה נכבד/ה!

שלום רב,

המרכז הארצי לבחינות ולהערכה עורך בחינות בתנאים מותאמים לנבחנים הלוקים במגבלות בריאותיות. תנאי בחינה מותאמים, אם אינם מוצדקים, עלולים להפלות לרעה את שאר הנבחנים, ולכן אנו מקפידים מאוד בקריטריונים למתן תנאים אלה.

בדרך כלל אנו מתאימים את תנאי הבחינה עבור מי שיש לו מגבלה פיזית חמורה או מגבלה פסיכיאטרית. דוגמאות למגבלות פיזיות שבעטיין ניתנים תנאים מותאמים: פגיעה בגפיים, פגיעה בעמוד השידרה ולקויות ראייה. ההתאמות יכולות לבוא לידי ביטוי, בין השאר, בהארכת משך הבחינה, בהפסקות בין פרקים, בגיליון תשובות מיוחד ובשימוש במחשבון.

נבחן הלוקה במגבלה רפואית או פסיכיאטרית זכאי לתנאים מותאמים בבחינה רק אם המגבלה חמורה וצפוי שתשפיע השפעה מהותית על תפקודו בבחינה. ההשפעה הצפויה של המגבלה על התפקוד בבחינה צריכה להיות מתועדת בחוות דעת רפואית.

להלן 4 שאלונים למילוי עבור מי שיש לו בעיה רפואית – לבעיות מסוגים שונים.

- בעיה רפואית או פיזית כללית – עמוד 2
- לקות ראייה – עמוד 3
- לקות שמיעה – עמוד 4
- בעיה נפשית – עמוד 5

לכל שאלון שני חלקים: חלק ראשון – פרטים אישיים ופרטים על הרופא – יכול למלא הנבחן; חלק שני – פרטים על הבעיה הרפואית – ימלא הרופא.

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): _____

בהמשך, על הרופא/ה למלא את החלק הרלוונטי לבעיית הפונה.

א. בעיה רפואית או פיזית כללית

1. תיאור מפורט של הבעיה והרקע שלה (חוות דעתך חייבת להתבסס על בדיקות שעשית בעצמך, ולא על בדיקות של גורמים אחרים):

2. פירוט הבדיקות שעשית והתוצאות של כל אחת מן הבדיקות, ומסקנותיך מהן:

3. השפעת המגבלה הרפואית – מה ההשפעה של המגבלה על התפקוד היומיומי של הפונה ומה צפויה להיות השפעתה על תפקודו בבחינה?

4. התאמות בבחינה – מהן ההתאמות המתבקשות מן המגבלה של הפונה, ולאילו תקופה מתייחסות ההתאמות המומלצות מטעמך?

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.

לקות ראייה ועיוורון

חדות ראייה

מרחוק: ללא תיקון: ימין _____ שמאל _____ בשתי העיניים _____

עם תיקון אופטימלי: ימין _____ שמאל _____ בשתי העיניים _____

מקרוב: ללא תיקון: ימין _____ שמאל _____ בשתי העיניים _____

עם תיקון אופטימלי: ימין _____ שמאל _____ בשתי העיניים _____

השיטה שלפיה נמדדה הקריאה: יגר/פיינבלום

שדה הראייה

תקין, צמצום קונצנטרי 20-40 מעלות, מתחת ל-20 מעלות, ראיית "צינור", חסר מרכזי.

חלק העין הפגוע

קרנית, קשתית, עדשה, זגוגית, רשתית, עצב ראייה, שרירי עיניים, עפעפיים קורטקס ויזואלי.

אבחנה, וכמה מילות הסבר בשפה ברורה:

מגבלות תפקוד: האם קיימת מגבלה בקריאה או בכתיבה? אנא פרט:

אם לפונה יש תעודת עיוור – יש לצרף תצלום שלה.

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.
לתשומת לבך, הטופס יועבר לעיונו של רופא עיניים, אנא מלא/י פרטים רפואיים מדויקים ומלאים.

ג. לקות שמיעה וחירשות

1. יש לצרף אודיוגרמה עדכנית.

2. סיבות הלקות ומועד תחילתה:

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.

ד. בעיה נפשית (ימולא מטעם פסיכיאטר מטפל)

1. אבחנה :

2. פירוט האנמנזה (תיאור תולדות ההפרעה) ובכלל זה משך ההפרעה, אשפוזים, משברים, חומרת הסימפטומים כיום והשפעתם על חיי היום-יום (כולל דוגמאות) :

3. טיפול תרופתי או אחר, אם ניתן, ודיווח על משכו :

4. ההשפעה הצפויה של ההפרעה על התפקוד בבחינה :

5. ההתאמות בבחינה המומלצות מטעמך :

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.