

שאלון תפקוד

*** נא למלא ולהחזיר לטרייל-אין פארמה ***

	תאריך
	שם האדם העונה על השאלון
	במידה ואדם אחר מהמטופל עונה על השאלון, יש לציין קרבתו (בן/בת זוג, אח/ות, הורה, אחר)

הקיפו בטבלה את המספר המתאים ביותר לתיאור תפקוד המטופל כיום

מספר	מצב תפקודי
0	פעיל באופן מלא. מתפקד באופן מלא כמו טרם המחלה וללא מגבלות
1	מוגבל בפעילות הדורשת מאמץ פיזי, אך נייד ומסוגל לבצע פעילות שאינה מאמצת, כגון עבודות בית קלות או משרדיות
2	מטפל בצרכיו האישיים באופן מלא ומסוגל לנוע מעט, אך אינו מסוגל לבצע גם לא מטלות קלות. ער רוב שעות היום (מעל 50%)
3	מטפל בצרכיו האישיים באופן מוגבל. שוכב או יושב רוב שעות היום (מעל 50%)
4	מוגבל לחלוטין. אינו מסוגל לטפל בצרכיו האישיים, מרותק באופן מוחלט למיטה או לכיסא במשך כל היום