

# היחידה לבחינות מותאמות חוות דעת רפואית

## לקות ראייה ועיוורון

רופא/ה נכבד/ה!

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

תנאי בחינה מותאמים, אם אינם מוצדקים, עלולים להפלות לרעה את שאר הנבחנים, ולכן אנו מקפידים מאוד בקריטריונים למתן תנאים אלה.

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.

לשאלון 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): \_\_\_\_\_

**המשך השאלון ימולא על ידי הרופא.**

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

## חדות ראייה

מרחוק: ללא תיקון: ימין \_\_\_\_\_ שמאל \_\_\_\_\_ בשתי העיניים \_\_\_\_\_

עם תיקון אופטימלי: ימין \_\_\_\_\_ שמאל \_\_\_\_\_ בשתי העיניים \_\_\_\_\_

מקרוב: ממרחק 30 ס"מ:

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. במקרה של שדה ראייה לא תקין, יש לצרף תמונות מן הבדיקות המצביעות על כך.

## חלק העין הפגוע

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

**אבחנה רפואית מדויקת, וכמה מילות הסבר בשפה ברורה:**

---

---

---

**מגבלות תפקוד: האם קיימת מגבלה בקריאה או בכתיבה? אנא פרט:**  
(יש לציין כיצד נבדקה המגבלה)

---

---

## **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.