

הערות	התרשמות			בדיקה פיזיקלית ממוקדת תזונה
	לא נבדק	לא תקין	תקין	
				<b>שיחה והסתכלות</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מרגיש יובש בפה(האם יכול בקלות לאכול ארוחה שלמה בלי לשתות?) מצחצח שיניים?(מתי?) שינויים בטעם המזון? האם יש כאבים בפה? בזמן לעיסה?האם נמנע מאכילה של סוגי מזון?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>סימטריות</b> פרופיל (צד ימין וצד שמאל) פנים (יובש , סימני חריצה אף פה) חיוך (סימטריה בחיוך)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ראש שמוט, ראש נוטה לצד מסוים כתפיים לא סימטריות/התרשמות לקושי בהרמת כתפיים
				<b>בדיקה חיצונית</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ריח (מריח אותו דבר בשני הנחיריים) ראיה (מעקב אחר תנועת יד לכל הכיוונים, ראיה לצדדים)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>עצב מס' 5</b> - תחושה למגע נעים /דוקר (יבדק בפרקינסון, לאחר אירוע מוחי, מחלות ניווניות וחבלות ראש) <b>עצב מס' 7</b> כיווץ שפתיים ועיניים ניפוח לחיים הנעת לחי עם הלשון <b>הערכת תנועתיות של הפה</b> TMJ - אין כאב בחיבור הלסתות יכולת לפתוח ולסגור את הפה פתיחה 3 אצבעות כח פתיחת הלסת התחתונה כנגד התנגדות הבודק

	לא נבדק	לא תקין	תקין	<b>בדיקת פנים הפה</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שפתיים חלק פנימי חיך ענבל עולה בתגובה למגע מדומה צבע פצעים לחות ניקיון
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	בלוטות רוק: הפרשת רוק בלחיים ומתחת ללשון
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לשון: צבע, טקסטורה,
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	לשון: יכולת תנועה, מיקום לשון במנוחה
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	שיניים: טבעיות שיניים תותבות מלאות חלקיות אין שימוש בתותבת רקמת חניכים: (חניכים ורודים ללא פצעים\דלקת \נגעים) מנשך

## תצפית אכילה

מנח ראש ( תקין / לא תקין )

שימוש בזמן הארוחה (על פי צורך):

שיניים תותבות ( כן / לא )

מכשיר שמיעה ( כן / לא )

משקפיים ( כן / לא )

סדר האכילה - במה בוחר להתחיל (מרק / מנת בשר / פחמימה / פרי)

מרקמי מזון מוגשים \_\_\_\_\_

המזון מוגש עם רוטב ( כן / לא )

שימוש בתבלינים ( כן / לא )

שימוש ב: (מיונז / קטשופ / חרדל / חזרת /סחוג / אחר \_\_\_\_\_ )

שימוש בלימון ( כן / לא )

תוספת מלח ( כן / לא )

תוספת סוכר ( כן / לא )

יכולת אכילה עצמאית ( כן / לא )

עיירות במהלך הארוחה (ערני / ישנוני)

קיימת יכולת שימוש בידיים ( כן / לא )

שימוש בסכום:

מזלג ( כן / לא )

כף ( כן / לא )

סכין ( כן / לא )

שיעול בזמן צריכת נוזלים ( כן / לא )

שיעול בזמן צריכת מוצקים ( כן / לא )

שארית הצלחת:

מרק (צלחת ריקה / רבע / חצי / מלאה / לא מוגש )

חלבון (צלחת ריקה / רבע / חצי / מלאה / לא מוגש )

פחמימה (צלחת ריקה / רבע / חצי / מלאה / לא מוגש)

ירק (צלחת ריקה / רבע / חצי / מלאה / לא מוגש )

פרי (צלחת ריקה / רבע / חצי / מלאה / לא מוגש )

שתיה (כוס ריקה / רבע / חצי / מלאה / לא מוגש )

הערכת משך הארוחה \_\_\_\_\_