

מנהל רפואה	כ"ג	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014

נספח מספר 2 בנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות - טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה

טופס מספר 2.1

המלצה לכיסא גלגלים ידני

תאריך ביקור הבית: _____ תאריך: _____
 לשכת בריאות: _____ קופ"ח מבטחת: _____

לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה. בכל המלצה לתוספות מיוחדות (חריגות), יש לצרף נימוק מקצועי. בהמלצות עבור מכשירי ניידות לילדים, נדרשות חתימות של שני אנשי מקצוע בעלי הרשאה (פיזיותרפיסט/ית ומרפא/ה בעיסוק).

פרטי הפונה

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	שנת לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	<input type="checkbox"/> אלמנ/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

אבחנה: _____
 משקל גוף: _____ גובה: _____
 עיסוק: _____
 שותפים למגורים: _____
 מטפל: לא כן, מספר שעות ביום: _____

הליכה: לא מתהלך כלל הולך בעזרת מלווה למרחק _____
 הולך בעזרת אביזר עזר למרחק _____ עצמאי למרחק _____

מעברים: בעזרת מנוף בעזרה רבה: _____ עזרה קלה: _____ עצמאי
 רמת תפקוד: _____ (פרט/י והגדר/י יכולת ניידות בכיסא גלגלים ומטרת שימוש בכיסא)

האם קיים כיסא גלגלים שסופק ע"י משרד הבריאות: כן לא
 כיסא בהשאלה מגורם אחר _____

סוג הכיסא והסיבות להחלפתו: _____

מנהל רפואה	כ"ג	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014

שם הפונה: _____

תנאי המגורים:

סביבת המגורים: (כפרית, עירונית, סלולה, משובשת, אחר) פרט: _____

גישת לבית:

מעלית: כן לא מידות: רוחב כניסה: _____ רוחב פנימי: _____ עומק: _____
מדרגות: כן לא קומה מספר _____ מספר מדרגות: _____ (במידה ואין מעלית)
רמפה: כן לא הערות: _____

פנים הבית: מותאם: כן לא

פרט: (שירותים, חדר שינה, פרוזדורים): _____

התאמת מקום העבודה/מקום הפעילות: _____

רכב: כן לא האם נוסע בישיבה בכיסא הגלגלים כן לא
הסעה למקום הפעילות: כן לא האם נוסע בישיבה בכיסא הגלגלים כן לא

מפרט כיסא הגלגלים: {סטנדרט מסומן ב-(*)}

סוג הכיסא:

פריק פריק מתקפל(*) <input type="checkbox"/>	קל משקל <input type="checkbox"/>	למשקל כבד <input type="checkbox"/>	הנעת יד אחת - חישוק <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל	הנעת יד אחת- מוט <input type="checkbox"/> ימין <input type="checkbox"/> שמאל	אחר: _____
TILT (ציין מעלות הטיה) <input type="checkbox"/> זווית קבועה: _____ זווית משתנה: _____			גב הטיה (ציין מעלות הטיה) <input type="checkbox"/> זווית קבועה: _____ זווית משתנה (רציף): _____		

הערה: משקל כבד = מעל 100 ק"ג

גלגלים קדמיים:

קוטר: _____	20 ס"מ (*) <input type="checkbox"/>	15 ס"מ <input type="checkbox"/>	אחר: _____
צמיג: _____	קשיח <input type="checkbox"/>	צמיג אויר <input type="checkbox"/>	P.U. <input type="checkbox"/>

גלגלי הנעה:

סוג: _____	קבועים (*) <input type="checkbox"/>	נשלפים <input type="checkbox"/>	אחר: _____
קוטר: _____	51 ס"מ <input type="checkbox"/>	61 ס"מ (*) <input type="checkbox"/>	אחר: _____
צמיג: _____	קשיח <input type="checkbox"/>	צמיג אויר <input type="checkbox"/>	אל תקר <input type="checkbox"/>

חישוק:

סוג: _____	טבעת (*) <input type="checkbox"/>	זיזים <input type="checkbox"/> מספר זיזים: _____	אחר: _____
------------	-----------------------------------	--	------------

ציר גלגל:

סוג: _____	מרכזי (*) <input type="checkbox"/>	אחורי <input type="checkbox"/> קדמי <input type="checkbox"/>	מעלה-מטה <input type="checkbox"/>
כוורת: _____	לא <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/>	מלא <input type="checkbox"/> קדמי-אחורי <input type="checkbox"/>	

מנהל רפואה	כ"ג	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014

שם הפונה: _____

מושב:

רוחב פנימי:	<input type="checkbox"/> 40 ס"מ (*)	<input type="checkbox"/> 45 ס"מ (*)	<input type="checkbox"/> 51 ס"מ	<input type="checkbox"/> אחר
עומק:	<input type="checkbox"/> 40 ס"מ (*)	<input type="checkbox"/> 45 ס"מ		<input type="checkbox"/> אחר
סוג:	<input type="checkbox"/> רך (*)	<input type="checkbox"/> קשיח		<input type="checkbox"/> אחר
גובה מהרצפה:	<input type="checkbox"/> 51 ס"מ (*)			<input type="checkbox"/> אחר

משענת גב:

גובה הגב:	<input type="checkbox"/> 40 ס"מ (*)		<input type="checkbox"/> אחר
סוג יריעת הגב:	<input type="checkbox"/> רך (*)	<input type="checkbox"/> קשיח	<input type="checkbox"/> רצועות

ידיעות הובלה:

סוג ידיעות:	<input type="checkbox"/> קבועות (*)	<input type="checkbox"/> טלסקופיות	<input type="checkbox"/> אחר:
-------------	-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

משענות רגלים:

פריקות סובבות:	<input type="checkbox"/> החוצה (*)	<input type="checkbox"/> פנימה	<input type="checkbox"/> מתרוממות	<input type="checkbox"/> קבועות
זווית הרגליות:	<input type="checkbox"/> 90°	<input type="checkbox"/> 70°	<input type="checkbox"/> אחר	
משטח כף רגל:	<input type="checkbox"/> שני משטחים (*)	<input type="checkbox"/> משטח אחד		
זווית תמיכת כף רגל:	<input type="checkbox"/> קבועה (*)	<input type="checkbox"/> משתנה		
רצועות עקבים:	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	רצועות כף רגל קדמיות: <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא		
חגורת שוקיים:	<input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא	אחר:		

משענות ידיים:

<input type="checkbox"/> שלמות (*)	<input type="checkbox"/> שולחניות (*)	<input type="checkbox"/> טלסקופיות	<input type="checkbox"/> חובקות	<input type="checkbox"/> אחר:
הערות:				

דופן צד:

<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> אחר:
-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------

בלמים:

סוג:	<input type="checkbox"/> רגילים (*)	<input type="checkbox"/> הארכה	<input type="checkbox"/> אחר:
הארכה (לציין במידה ונדרשת):	<input type="checkbox"/> קבועה	<input type="checkbox"/> פריקה	
צד:	<input type="checkbox"/> ימין	<input type="checkbox"/> שמאל	

אחר:

מדריך רגל (למלווה):	<input type="checkbox"/> כן (* ברמה 3)	<input type="checkbox"/> לא
מונעי התהפכות:	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא
משענת ראש:	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> לא

מנהל רפואה	כ"ג	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014

שם הפונה: _____

אביזרים נוספים:

(הערה: כל כיסא יסופק עם כרית סטנדרטית)

INSERT יש לציין את סוג האינסרט ולפרט את מרכיביו במכתב נוסף (ראה הנחיות להתאמת אינסרט).

תוספות (במידה ונדרש מרכיב חלקי בלבד כתוספת לכיסא גלגלים ולא אינסרט מלא)

- מפריד ברכיים
 תמיכות צד לגו
 תמיכות ירכיים
 חגורת אגן
 משענת ראש, סוג: _____
 חגורת פרפר:
כרית מושב: ספוג סנדוויץ wedge אחר: _____
מידות: רוחב _____ עומק _____ גובה _____ אחר: _____

כרית למניעת פצעי לחץ: בהמלצה על כרית למניעת פצעי לחץ יש לציין את סוג הכרית המומלצת והנימוקים להמלצה: (לציין רמת סיכון ולצרף טופס - קוים מנחים לכרית למניעת פצעי לחץ).

נימוקים להתאמות מיוחדות/נוספות:

מכשיר נוסף (בכל מקרה יש לצרף טופס נפרד תוך התייחסות להנחיות המפורטות בהתאם למכשיר):

פרטי הממליץ

שם פרטי	שם משפחה	תפקיד	פקס
טלפון	טלפון נוסף	מקום עבודה	מייל

חתימה וחותמת: _____