

מנהל רפואה	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	תאריך עדכון: 1 ינואר 2014
עמוד: _____	תאריך: _____

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

טופס מספר - 2.10

המלצה לכיסא גלגלים ממונע

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

לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה.
 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"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

עם מי גר בבית: _____
 מטפל: לא כן מספר שעות ביום: _____
 משקל: _____ גובה: _____
 ראייה: ידוע על הפרעות בראיה: לא כן פרט: _____

אבחנה ותיאור כללי (כולל תפקוד קוגניטיבי):

תפקוד:

תאר כיצד נייד היום ומהי מידת העצמאות: _____

האם קיים כיסא גלגלים ממשרד הבריאות: כן לא אחר: _____
 נא לציין את סוג הכיסא: _____ תאריך רכישה: _____
 פרט: _____
 רמת תפקוד: _____
 יכולת ניידות בכיסא גלגלים ידני: הנעה פונקציונאלית כן לא למרחק: _____
 פרט: _____

על הגורם הממליץ לפעול בהתאם להנחיות ולנוהל משרד הבריאות. מסמך זה הינו בגדר המלצה בלבד ומותנה באישור סופי של משרד הבריאות.

מנהל רפואה	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	תאריך עדכון: 1 ינואר 2014
עמוד :	

שם הפונה: _____

ניידות ומעברים:

□ ללא אביזרים □ הליכון □ כיסא גלגלים ידני □ ממונע □ אחר: _____

מעבר ממיטה לכיסא: □ עצמאי □ עזרה חלקית □ אינו עצמאי תאר: _____

מעבר מכיסא למיטה: □ עצמאי □ עזרה חלקית □ אינו עצמאי תאר: _____

ניידות במיטה:

מעבר משכיבה לשיבה: □ עצמאי □ עזרה חלקית □ אינו עצמאי תאר: _____

שינויי תנוחה: □ עצמאי □ עזרה חלקית □ אינו עצמאי תאר: _____

הערכה פיזית:

שליטת ראש: _____ שליטת גו: _____ דפורמציות: _____

גפיים עליונות:

דפורמציות/קונטרקטורות: _____

טווחי תנועה:

פסיבי: □ כן □ לא □ פרט: _____

אקטיבי: □ כן □ לא □ פרט: _____

טונוס: □ תקין □ לא תקין פרט: _____

כוח שרירים:

ימין: _____

שמאל: _____

גפיים תחתונות:

דפורמציות/קונטרקטורות: _____

טווחי תנועה:

פסיבי: □ כן □ לא □ פרט: _____

אקטיבי: □ כן □ לא □ פרט: _____

טונוס: □ תקין □ לא תקין פרט: _____

כוח שרירים:

ימין: _____

שמאל: _____

מנהל רפואה		היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	עמוד :	תאריך עדכון: 1 ינואר 2014

שם הפונה: _____

נגישות:

מקום מגורים: בית דירות - קומת מגורים _____ בית קרקע
מעלית: לא כן מידות המעלית: רוחב כניסה _____ רוחב פנימי _____ עומק _____

תיאור תנאי הגישה לבית: רמפה מעלית מדרגות
פרט: _____

פנים הבית: מותאם אינו מותאם מותאם חלקית
פרט: _____

נגישות והתאמת בית הספר/ מקום עבודה: _____

רכב: פרטי/ ואן מתקן הרמה סוג: _____ האם נוהג: כן לא
הסעה מותאמת: כן לא פרט: _____

עיסוק/אורח חיים: _____

נימוקים להמלצה: _____

הערות: _____

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: _____