

מנהל רפואה	כ"ש	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

2.2 טופס מספר

המלצה לכיסא שירותים ורחצה

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"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

אבחנה: _____

משקל גוף: _____ גובה: _____

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 בעזרת רבה: _____ עזרה קלה: _____ עצמאי

מטרת השימוש: שירותים כן לא רחצה כן לא

האם קיים כיסא שירותים שסופק ע"י משרד הבריאות: כן לא

כיסא בהשאלה מגורם אחר

במידה וכן, מהו סוג הכיסא והסיבות לצורך בהחלפתו: _____

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

שם הפונה: _____

תנאי המגורים

חדר השירותים:

פתח חדר שירותים מותאם: כן לא פרט: _____
האם ישנה נגישות לאסלה: כן לא פרט: _____
האם הכסא מתאים לשימוש מעל האסלה: כן לא פרט: _____

חדר רחצה:

פתח חדר הרחצה מותאם: כן לא פרט: _____
מקלחון: אין יש מותאם לכ"ג: כן לא
אמבטיה: אין יש

הערות: _____

מפרט לכיסא שירותים: {סטנדרט מסומן ב-(*)}

הנעת הכיסא:

<input type="checkbox"/> כיסא להנעה עצמית	<input type="checkbox"/> כיסא להנעה על ידי מלווה
---	--

מושב הכיסא:

רוחב:	<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"/> פלסטיק קשיח	<input type="checkbox"/> מרופד יצוק	<input type="checkbox"/> מרופד	
פתח:	<input type="checkbox"/> עגול	<input type="checkbox"/> קדמי	<input type="checkbox"/> אחורי	<input type="checkbox"/> צידי

הערות: _____

משענת הגב:

<input type="checkbox"/> רך (*)	<input type="checkbox"/> קשיח
---------------------------------	-------------------------------

הערות: _____

משענות ידיים:

<input type="checkbox"/> פריקות	<input type="checkbox"/> סובבות לאחור	<input type="checkbox"/> סובבות לפנים
---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

הערה: בכיסא שירותים מפלסטיק יתכן ומשענות הידיים תהינה קבועות

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

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

שם הפונה: _____

משענות רגליים:

<input type="checkbox"/> שני משטחים(*)	<input type="checkbox"/> סובבות פריקות	<input type="checkbox"/> מתרוממות
<input type="checkbox"/> משטח כף רגל אחד	<input type="checkbox"/> מתקפל כלפי מעלה	

כיסא שירותים מיוחד

<input type="checkbox"/> T.I.S	<input type="checkbox"/> גב הטיה	<input type="checkbox"/> אחר:
<input type="checkbox"/> זווית קבועה	<input type="checkbox"/> זווית משתנה	

נימוקים להתאמות מיוחדות/נוספות:

האם יש צורך בהתאמות מיוחדות? (חגורות, תמיכות, אחר) לא כן
אם כן, פרט ונמק:

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: _____