

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

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

טופס מספר 2.9

המלצה לכרית להפחתת הסיכון להיווצרות פצעי לחץ

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

לתשומת לבך : נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה.

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

עם מי גר בבית : _____ מטפל : _____

משקל : _____ גובה : _____

אבחנה : _____

ניידות : האם יושב על כיסא גלגלים ואיזה : ממונע כיסא גלגלים ידני אין כיסא גלגלים

רמת תפקוד : _____ ניידות בעזרת אביזר עזר אחר (פרט) : _____

האם קיימת בעיה תחושתית : לא כן פרט : _____

האם יש פצע לחץ : לא כן פרט : _____

יכולת תנועתיות בכיסא גלגלים (אחר, PUSH UP) : לא כן פרט : _____

מידת שיתוף הפעולה : משתף פעולה משתף פעולה באופן חלקי אינו משתף פעולה

מצב קוגניטיבי : _____

רמת סיכון על פי סולם נורטון או וטרלו : _____

כיצד מבצע מעברים : _____

עיסוק/ אורח חיים : _____

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

שם הפונה: _____

האם יושב כיום על כרית: לא כן מתי נרכשה: _____

סוג ודגם הכרית: _____

מדוע נדרשת כרית חדשה: _____

סוג הכרית המומלצת: _____ נמק: _____

מידות הכרית: רוחב: _____ אורך: _____ גובה: _____ אחר: _____

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: _____