

חטיבת הרפואה	מזרן	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 אוגוסט 2020

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

טופס מספר 2.12

המלצה למזרן אויר

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"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

אבחנה: \_\_\_\_\_  
 משקל גוף: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_  
 אורח חיים: (שעות שהייה במיטה) \_\_\_\_\_  
 סוג המיטה: \_\_\_\_\_  
 מטפל:  לא  כן אם כן, מספר שעות ביום: \_\_\_\_\_  
 האם קיימת בעיית תחושה:  לא  כן פרט: \_\_\_\_\_  
 רמת סיכון על פי סולם נורטון או וטרלו: \_\_\_\_\_  
 האם קיים פצע לחץ:  לא  כן פרט: \_\_\_\_\_  
 יכולת תנועה במיטה:  לא  כן פרט: \_\_\_\_\_  
 מידת שיתוף פעולה:  משתף פעולה  משתף פעולה באופן חלקי  אינו משתף פעולה  
 מצב קוגניטיבי: \_\_\_\_\_  
 ניידות: \_\_\_\_\_  
 האם יושב כיום על כרית:  לא  כן סוג הכרית: \_\_\_\_\_  
 מעברים:  בעזרת מנוף  בעזרת רבה: \_\_\_\_\_  עזרה קלה: \_\_\_\_\_  עצמאי  
 הערות: \_\_\_\_\_

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_