

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

נספח מספר 2 בנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות - טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם המתאים וממליץ בקהילה - מכשירי שמיעה  
טופס מספר 2.18

#### הנחיות כלליות

כללי –

לצורך הגשת בקשה לאישור זכאות להשתתפות משרד הבריאות ברכישת מכשירי שמיעה יש לצרף:

- בדיקת רופא א.א.ג. הכוללת ממצא אוטוסקופי ומידע על כך שאין התווית נגד לשימוש במכשירי שמיעה
- בדיקת שמיעה עדכנית (עד 6 חודשים מתאריך הגשת הבקשה)
- בדיקת שמיעה עם המכשיר/ים המומלץ/ים
- המלצת קלינאית/ת תקשורת לגבי המכשירים המומלצים
- טופס הצעה נילוה מספק מכשירי השמיעה.
- תצלום ספח תעודת זהות של ההורה הפונה, בה רשום הילד (אין צורך במקרים בהם הפניה מועברת ישירות מקופת החולים)
- יש להעביר את המסמכים לכתובת מייל הבאה: shikum\_natali@moh.health.gov.il  
פקס: 03-9135864

הנחיות לקלינאית/ת התקשורת המתאים וממליץ:

המלצת קלינאית/ת תקשורת על מכשירי שמיעה תכלול:

- טופס המלצה מלא כמפורט בנספח ג' מעודכן (מצ"ב).
- בדיקת שמיעה עדכנית (עד חצי שנה מיום הפנייה) ללא העזרים השמיעתיים;
- בדיקת שמיעה עם המכשירים המומלצים;
- במקרה של בקשה חוזרת לזכאות להשתתפות יש לפרט את סיבת החלפת המכשירים לדוגמא חוסר תקינות, התקדמות טכנולוגית המחייבת החלפה, שינוי בשמיעה וכדומה;
- המלצת קלינאית/ת התקשורת על מערכת FM אישית תינתן על גבי טופס נפרד המצוי בחוזר מנהל רפואה 05/2016 או באתר משרד הבריאות, נספח ד' מעודכן.

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

טופס מס' 2.18

נספח ג' – המלצה – מכשיר/י שמיעה

תאריך: \_\_\_\_\_

לשכת בריאות: \_\_\_\_\_

לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה (למילוי על ידי קלינאי תקשורת בלבד).

פרטי הילד:

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	קופ"ח מבטחת
טלפון	טלפון נוסף	שם ההורה/אפוטרופוס	
פקס	מייל		

המלצה למכשירי שמיעה

לנייל אובחנה לקות שמיעה: חד- צידית / דו – צידית מטיפוס: הולכתי / מעורב / תחושת- עצבי

(נא לצרף אישור רפואי)

רמת לקות השמיעה: אוזן ימין: \_\_\_\_\_ אוזן שמאל: \_\_\_\_\_

תהליך התאמת המכשיר התבסס על: (נא לסמן)

מדידות RECD ווידוא התאמה על ידי מכשור ייעודי (REM System).

הרווח התפקודי (FUNCTIONAL GAIN) בחדר בדיקה, כולל בדיקות דיבור רלוונטיות

הערכת התפקוד עם המכשירים בסביבה טבעית.

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

מומלץ לני"ל להרכיב מכשיר שמיעה: בשתי האוזניים / באוזן אחת

עפ"י הפירוט הבא:

אוזן	תצורה	שם המכשיר	מקט משרד הבריאות	הספק המורשה וספק המשנה
ימין				
שמאל				

המשפחה קיבלה הסבר להמלצות שניתנו כן / לא

ניתנה רשימת ספקים מורשים למכשירי שמיעה כן / לא

הערות:

פרטי קלינאי/ת התקשורת המתאים והממליץ:

שם פרטי ומשפחה:

מס. תעודת רישוי: ותק בתחום מכשירי השמיעה:

שם המכון / המרכז המשקם / המרכז הרפואי

כתובת המכון/ המרכז המשקם/ המרכז הרפואי

חותמת ומספר תעודת מקצוע

שם וחתימת קלינאי/ת התקשורת

\* במידה ומדובר בהמלצה על מכשיר/ים בהולכת עצם עבור ילדים עד גיל 6, יש למלא את המידע הבא:  תהליכי ההתאמה וההמלצה בוצעו ע"י קלינאי המרכז המשקם / המרכז הרפואי, החתום על נספח זה.

קלינאי המרכז המשקם/ המרכז הרפואי, החתום על נספח זה, ביצע תהליך הערכה ואישור התאמה וממליץ לגבי יעילות המכשיר.