

מנהל רפואה	מנוף	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**

**המלצה למנוף (לאחר התנסות/לצורך התנסות. נא לציין) טופס מספר 2.5**

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: \_\_\_\_\_ טונוס שריר: \_\_\_\_\_

שליטת ראש: \_\_\_\_\_ שליטת גו: \_\_\_\_\_

שותפים למגורים: \_\_\_\_\_

מטפל:  לא  כן, אם כן, מספר שעות ביום: \_\_\_\_\_

תאר כיצד מתנייד היום ואת מידת עצמאותו: \_\_\_\_\_

תאר כיצד ביצע העברות עד כה: \_\_\_\_\_

אביזרי עזר קיימים לביצוע העברות: \_\_\_\_\_

מדוע נדרש השינוי: \_\_\_\_\_

האם התנסה **בבית** בשימוש במנוף:  כן  לא השימוש במנוף הודגם בנוכחות הגורם הממליץ:  כן  לא

תאר: \_\_\_\_\_

מי מפעיל את המנוף: \_\_\_\_\_

לא בוצעה התנסו. הבקשה מיועדת לצורך התנסות במנוף

תנאי דיור: האם יש מקום למנוף  כן  לא פרט: \_\_\_\_\_

סוג המיטה: \_\_\_\_\_ מרווח מהרצפה לבסיס המיטה (בס"מ): \_\_\_\_\_

מידות הערסל: L/S/M תמיכות ראש  כן  לא ערסל מיוחד: \_\_\_\_\_

**פרטי הממליץ**

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

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_