

מנהל רפואה	תת"ח	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 ביוני 2016

נספח מספר 2 בנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות - טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה
נספח ב' - המלצה – מכשיר תקשורת תומכת וחלופית
טופס מס' 2.17

תאריך: _____

לשכת בריאות: _____

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

פרטי הפונה:

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	קופ"ח מבטחת
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה
פקס	מייל		

אבחנה (נא לצרף אישור רפואי): _____

שותפים למגורים: _____

מטפל: לא כן, אם כן, מספר שעות ביום: _____

איש משפחה מלווה: _____

עיסוק / מקצוע של הפונה: _____

מסגרת שיקומית / טיפולית / חינוכית: _____

ראיה: _____ שימוש באביזרי ראיה: _____

שמיעה: _____ שימוש באביזרי שמיעה: _____

האם מונשם? לא כן

תפקוד קוגניטיבי (כולל מצב ערנות ויכולת ריכוז): _____

הערכת תפקודי שפה, דיבור ותקשורת בוצעה בתאריך: _____

מקום ביצוע ההערכה: _____

שם קלינאי התקשורת מבצע ההערכה: _____ מספר תעודת מקצוע: _____

מנהל רפואה	תת"ח	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 ביוני 2016

(יש לצרף מסמך ובו הערכה מפורטת של תפקודי השפה, הדיבור והתקשורת)

מידע כללי על תפקוד תקשורתי ושפתי של הפונה:

1. האם מדבר? לא כן
 האם הדיבור מובן: לא כן, לסביבתו הקרובה כן לכל אדם הערות: _____

2. מהי רמת ההבנה המוצהרת של הפונה? (שניתנת לצפייה באופן אובייקטיבי) בחרו את רמת התפקוד הגבוהה ביותר של הפונה מבין האפשרויות הבאות:
 - א. נענה לסיטואציות יומיומיות
 - ב. נענה למסרים מילוליים מחוץ להקשר
 - ג. נענה למסרים מילוליים ארוכים, מורכבים ומופשטים (כולל הבנת שאלות של פתרון בעיות)

3. פרט את הפעולות התקשורתיות של הפונה:
 - א. מגיב לאינטראקציה חברתית: כגון חיוך, פעולה משותפת.
 - ב. נענה להוראות
 - ג. יוזם בקשה
 - ד. יוזם שיתוף באינטראקציה משותפת
 - ה. אחר: _____

4. האם הפונה מתקשר עם אנשים ומגיב לתקשורת המופנית כלפיו? לא כן
 פרט באילו אמצעים מגיב לתקשורת המופנית אליו:
 - א. קולות וצלילי דיבור
 - ב. קשר עין
 - ג. גיסטות
 - ד. הגשת חפצים
 - ה. תמונות או לוחות תקשורת
 - ו. כתיבה או הקלדה בלבד
 - ז. משיכת תשומת לב של שותף התקשורת
 - ח. אחר: _____

5. מי הם שותפי התקשורת של הפונה?
 - א. בני משפחה מטפלים קרובים בלבד
 - ב. צוות חינוכי/ טיפולי
 - ג. אחרים: _____

6. הסמלה: איזו סוג הסמלה האדם מזהה? סמנו את כל סוגי הסמלים שהאדם מזהה:
 - א. חפצים מוחשיים
 - ב. תמונות מצולמות של אזורים (תמונה של חדר או סביבה)
 - ג. תמונות מצולמות של פריטים
 - ד. תמונות מצוירות של סמלים גרפיים
 - ה. אותיות ומספרים
 - ו. אחר: _____

מנהל רפואה	תת"ח	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 ביוני 2016

7. האם האדם יודע לקרוא? לא כן חלקית
- א. קריאה גלובלית של מילים מוכרות
- ב. קריאה מפענחת (קידוד צליל אות)
- ג. קריאה שוטפת של מילים ומשפטים קצרים
- ד. קריאה שוטפת של טקסטים

8. האם האדם יודע לכתוב? לא כן רק בהקלדה חלקית
- א. מאיית מילים מוכרות
- ב. מאיית מילים באופן מדויק 50% מהזמן
- ג. מאיית מילים באופן מדויק 80% מהזמן
- ד. מאיית מילים ומשפטים

9. באיזה אמצעי האדם מאיית?
א. כלי כתיבה
- ב. מקלדת
- ג. לוח אותיות

תפקוד מוטורי :

יש מגבלה מוטורית/אין מגבלה מוטורית
אם יש : נא לצרף הערכה מפורטת של מרפא בעיסוק ו/או פיזיותרפיסט הכוללת :

1. מידע כללי על תפקוד מוטורי של הפונה :

- א. הולך עצמאי
- ב. נעזר בהליכון קדמי/אחורי
- ג. מתנייד עצמאית בכסא גלגלים ממונע תוך שימוש במתגים או ג'ויסטיק ציין את מערכת ההפעלה של כסא הגלגלים ומיקומה _____
- ד. אינו עצמאי, ישוב בכסא גלגלים
- ה. מרותק למיטה

הערות: _____

2. היד הדומיננטית: ימין שמאל

- (1) תאר את היכולות התפקודיות ביד ימין תפקוד מלא תפקוד חלקי טוב תפקוד מוגבל תפקוד מוגבל מאוד חוסר תפקוד

- (2) תאר את היכולות התפקודיות ביד שמאל תפקוד מלא תפקוד חלקי טוב תפקוד מוגבל תפקוד מוגבל מאוד חוסר תפקוד

- (3) תאר את היכולות התפקודיות, רצונית וקבועה באצבע אחת או יותר ביד ימין תפקוד מלא תפקוד חלקי טוב תפקוד מוגבל תפקוד מוגבל מאוד חוסר תפקוד

- (4) תאר את היכולות התפקודיות, רצונית וקבועה באצבע אחת או יותר ביד שמאל תפקוד מלא תפקוד חלקי טוב תפקוד מוגבל תפקוד מוגבל מאוד חוסר תפקוד

מנהל רפואה	תת"ח	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 ביוני 2016

5) מהי מידת השליטה בתנועת הצוואר?

- א. שליטה מלאה בטווחי התנועה של הצוואר
ב. שליטה חלקית בטווחי תנועת הצוואר
ג. זקוק לתמיכת צוואר כדי לבצע תנועה
ד. אין כלל תנועת צוואר

6) האם יכול להפעיל מתגים? כן לא

באיזה אופן מפעיל את המתגים (לפרט איבר ספציפי) _____

7) התנסויות עם מכשירים או אביזרי תקשורת תומכת וחלופית אחרים בעבר:

האם הפונה התנסה בעבר או מתנסה בהווה בעזרת תקשורת חלופית?

- א. לא, מדוע: _____
ב. השתמש בעבר ב: _____ וכיום אינו משתמש, בשל הסיבה: _____
ג. כן, משתמש היום בעזר: _____
ד. לוחות מסוג: _____
ה. פלטים קוליים
ו. מחשב תקשורת מסוג _____ עם תוכנת _____ מחשב נייד/נייח בלי/עם מסך מגע
ז. שפת סימנים
ח. אחר: _____

האם מכשירים או אביזרים אלו אינם תואמים את הצרכים התקשורתיים הנוכחיים. פרט:

מנהל רפואה	תת"ח	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 ביוני 2016

פרטי המכשיר המומלץ

פירוט	הערות
האביזר (נא לפרט): דגם המחשב כולל גודל מסך ומידת הקשחה)	
תוכנה/ות (נא לפרט האם כולל ערכת לוחות מוכנים ואיזו ולגבי הקלטות/מנוע דיבור)	
אביזרי נגישות (נא לפרט: עמוד, מתגים, עכבר, מתאמים)	

מידת ההקשחה הנדרשת למחשב: מלאה _____ חלקית _____ ללא הקשחה _____
נמק את הצורך במכשיר המומלץ ותרומתו לתפקוד התקשורת של הפונה:

האם עבר הערכת נגישות למחשב תקשורת או פלט קולי על ידי מרפא/ה בעיסוק? כן לא
תקופת הניסיון עם המכשיר:

האם התקיימה תקופת התנסות עם המכשיר? כן לא

משך תקופת ההתנסות: _____ מתאריך: _____ עד: _____

השימוש במכשיר הוא על בסיס יומיומי כן לא

פרט:

מנהל רפואה	תת"ח	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 ביוני 2016

במסגרת החינוכית בכיתת הלימוד/ מחוץ לכיתת הלימוד/ במסגרת שיקומית/ טיפולית/ בחוגים/ בבילוי/ במסגרות חברתיות / בעבודה/ במסגרת הבית/ אחר: _____

בכל מקרה של דרישה לאביזרי נגישות (לצורך הפעלה מבלבד), יש לצרף המלצה של מרפא בעיסוק.

המכשיר עונה על צרכיו התקשורתיים של הפונה כן לא

פרט (לדוגמא: מבטא צרכים פיזיים ובקשות, משתתף בהחלטות, משתתף בשיחה, שואל שאלות, מספר סיפור):

אביזרי הנגישות מתאימים לצרכיו ומאפשרים שימוש יעיל כן לא

פרט: _____

האם ישנם קשיים התנהגותיים שיכולים להשפיע על השימוש במכשיר כן לא

פרט: _____

האם צפויים שינויים במצבו הרפואי/התפקודי/או אחר של הפונה בתקופה הקרובה כן לא

פרט: _____

הגורם המקצועי המלווה את המשתמש בשימוש במכשיר:

שם: _____ מקצוע: _____

טל: _____ מייל: _____

האם ניתנה הדרכה לשימוש במכשיר לשותפי תקשורת? כן לא

אם כן, למי?

הורים: אב/ אם/ בן/ת זוג/ בני משפחה אחרים _____ / מטפל סיעודי/ אפוטרופוס/ אחר _____

הערות:

מנהל רפואה	תת"ח	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 ביוני 2016

פרטי קלינאי/ת התקשורת הממליץ:

(במקרה של התאמה למבוגר עם מחלה ניוונית ללא פגיעה קוגניטיבית או פגיעה בתפקודי שפה כתובה ניתן לקבל המלצה של מרפא בעיסוק)

שם פרטי ומשפחה: _____ תעודת זהות: _____

מס. תעודת מקצוע: _____ ותק מקצועי: _____

ניסיון מקצועי בשימוש בטכנולוגיות תת"ח _____

פרטי התקשרות: טלפון _____ כתובת מייל: _____

פרטי המסגרת הטיפולית או המרכז בו בוצעה ההתאמה וההמלצה: _____

מסגרת ציבורית/ פרטית

פרטי התקשרות כתובת: _____ טל: _____

כתובת מייל: _____

חתימת קלינאי התקשורת _____

חותמת: _____ מספר תעודת מקצוע _____

אם נדרשים אביזרי נגישות

שם מרפא/ה בעיסוק שביצע את ההתאמה: _____ מספר תעודת מקצוע: _____

חתימה: _____ חותמת: _____

נא לשים לב שצורפו המסמכים הבאים:

נספח זה (נספח ב'), דו"ח הערכת תפקודי שפה, דיבור ותקשורת הכולל פירוט השימוש במכשיר המבוקש, מסמך רפואי (במידה וטרם הועבר).

בקשה שלא תתקבל כמפורט לא תטופל!