



## טופס מידע רפואי – סיעודי למכשירי שיקום וניידות עדכון - 2014

על פי התוספת השלישית בחוק ביטוח בריאות ממלכתי ובכפוף לנוהלי משרד הבריאות, משרד הבריאות משתתף במימון מכשירי שיקום וניידות.

הטופס שלפניך יסייע לך לבצע אומדן רפואי וסיעודי.


מטרת המידע הרפואי והסיעודי, לאמוד את מצבו הבריאותי והתפקודי של התושב.

מידע זה יהווה בסיס בתהליך קבלת ההחלטות לגבי קביעת סוג המכשיר הנדרש והמתאים למטופל.


לידיעתכם: משרד הבריאות אינו משתתף במימון מכשירי ניידות לאוכלוסייה הבאה:


1. נפגעי צה"ל ומשרד הביטחון.
2. נפגעי תאונות עבודה.
3. נפגעי פעולות איבה.
4. נפגעי פעולות הנאצים אשר נכותם הוכרה ע"י משרד האוצר.
5. אנשים המאושפזים בבתי חולים או במוסדות סיעודיים.
6. אנשים השוהים במוסדות שבאחריות משרד הרווחה.
7. נפגעי תאונות דרכים עד שנת 2012 הזכאים לפי חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, התשלי"ה – 1975. עם זאת, החל משנת 2012, נפגעי תאונות דרכים זכאים לאספקת המכשירים ממשרד הבריאות וזאת רק לאחר סיום ההליך המשפטי.


חשוב:


 הקפד/י למלא את כל הפרטים הרלוונטיים בטופס.

 הרופא המטפל ימלא הפרטים בדף מספר 2-3.

 נא לצרף סיכום מידע רפואי, כולל מידע רלוונטי נוסף לפניה זו.

 האחות תבצע הערכה תפקודית בבית הפונה ותמלא את הפרטים בדף מס 1, 4-6.

 החלטה תתקבל בלשכת הבריאות האזורית במחלקה למחלות ממושכות ושיקום.

 תושבים המעוניינים לצרף מסמכים נוספים רשאים להעבירם ללשכת הבריאות.

תודה על שיתוף הפעולה

**מדינת ישראל - משרד הבריאות**  
**מנהל רפואה - היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות**  
**טופס מידע רפואי – סיעודי למכשירי שיקום וניידות**  
**עדכון - 2014**

שם הפונה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

בקשה למכשיר שיקום וניידות (סוג המכשיר): \_\_\_\_\_

תאריך ביקור הבית: \_\_\_\_\_ קופ"ח מבטחת: \_\_\_\_\_  
 לשכת בריאות: \_\_\_\_\_ תאונת דרכים:  לא  כן

**פרטי הפונה**

שם פרטי	שם משפחה		ת.ז.	שנת לידה
רחוב	מס' דירה	מס' בית	ישוב	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/>
טלפון	טלפון נוסף			<input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה
פקס	מייל			<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה
שם איש קשר (אב/אם/אפוטרופוס/אחר):		טלפון		
		מין <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/>		

**פרטי הגורם המטפל/המפנה**

שם הרופא המטפל בקופת חולים	גורם מפנה אחר: בית ספר/גן/בית חולים/אחר
שם האחות המפנה	
פקס המרפאה	פקס
כתובת המרפאה	כתובת
טלפון המרפאה	טלפון
מייל המרפאה	מייל

עם מי מתגורר:  לבד  אחר \_\_\_\_\_

המטפל העיקרי \_\_\_\_\_

חוק סיעוד/ עובד זר:  לא  כן  אם כן, מספר שעות ביום: \_\_\_\_\_

שירותים מיוחדים:  לא  כן  אם כן, אחוז הזכאות: \_\_\_\_\_

**תנאי הדיור:**

קומה: \_\_\_\_\_ מספר מדרגות: \_\_\_\_\_ מעלית:  כן/לא

האם הגישה לבית מותאמת לאדם הנייד בכיסא גלגלים כן/לא פרט: \_\_\_\_\_

האם פנים הבית מותאם לשימוש בכיסא גלגלים כן/לא פרט: \_\_\_\_\_

**במידה ונמצאת/ת במסגרת נוספת כמו גן/בית ספר**

האם הגישה למקום מותאמת לכסא גלגלים:  לא  כן

פרט: \_\_\_\_\_

מוסר המידע: \_\_\_\_\_

**מדינת ישראל - משרד הבריאות**  
**מנהל רפואה - היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות**  
**טופס מידע רפואי – סיעודי למכשירי שיקום וניידות**  
 עדכון - 2014

שם הפונה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**עמודים 2-3 ימולאו על ידי הרופא המטפל**

**נא לציין אבחנות עיקריות הרלוונטיות לפניה זו.**

קוד מרכבה	אבחנות עיקריות	מתאריך	מידע רפואי - מערכת	
901	תאונת דרכים		תאונה	
902	תאונה אחרת			
101	Ca of breast		Oncological	.1
102	Ca head and brain			
199	Other			
201	Rheumatoid arthritis		Skeletal disorders	.2
202	Osteoarthritis			
203	Other disorders of back			
204	Osteomyelitis			
205	Osteogenesis Imperfecta			
206	Arthrogriposis			
207	Osteoporosis			
208	Other			
301	CVA: Quadriplegia		Neurological disorders	.3
302	CVA: Rt/Lt hemiplegia			
303	CVA: Rt/Lt hemiparesis			
304	Parkinson & other extrapyramidal disease			
305	Poliomyelitis			
306	Meningitis/Encephalitis			
307	Transverse myelitis			
308	Werdnig-Hofmann Disease			
309	SMA –Spinal muscular atrophy			
310	ALS - Motor neuron disease (amyotrophic lateral sclerosis)			
311	Vascular myelopathies			
312	MS - Multiple sclerosis			
313	CP Cerebral palsy a) Quadriplegia b) Diplegia c) Athetoid			
314	Myasthenia Gravis			
315	Progressive muscular dystrophy & other myopathies PMD - (Duchenne, Becker, etc)			
316	Charcot Marie			
317	Spina bifida			
318	Other Neuromuscular Disease			
319	Rett syndrome			
320	Inborn Error of Metabolism			
401	Amputation a) AK b) BK c) bilateral		Trauma	.4
402	Quadriplegia			
403	Paraplegia			
404	Fractures			
501	Hearing loss		Otologic problems	.5
502	Hearing impairment			
599	Other disorders of ear			
601	Eye enucleation - טראומה		Ophtalmic problems	.6
602	Eye enucleation - מחלה			
603	Eye evisceration			
604	Phthisis bullbi			

**מדינת ישראל - משרד הבריאות**  
**מנהל רפואה - היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות**  
**טופס מידע רפואי – סיעודי למכשירי שיקום וניידות**  
**עדכון - 2014**

שם הפונה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

קוד מרכבה	אבחנות עיקריות	מתאריך	מידע רפואי - מערכת	
605	Keratoconus			
699	Other disorders of eye			
701	Dementia		Cognitive and Functional decline	.7
702	Depression			
703	Psychotic disorders			
704	Epilepsy			
705	Mental retardation			
650	Cystic fibrosis		Respiratory	.8
651	Asthma			
652	Other respiratory conditions of fetus & newborn			
653	Chronic lung disease			
250	Renal failure (acute or chronic)		Renal	.9
251	Hemodialysis			
801	Morbid obesity		אחר	.10
802	Diabetes			
803	Peripheral vascular disease			
804	Decubitus ulcer			
805	Lupus erythematosus – SLE			
806	Autoimmune diseases			
807	Ischemic Heart Disease/ Congestive Heart Failure			
808	Congenital Heart Defect			
809	Pituitary Disease			
810	Other			

אשפוזים וניתוחים רלבנטיים (יש לצרף על פי הצורך, דו"ח סיכום מחלה/שיקום וכן מסמכים רלבנטיים נוספים)		
תאריך	שם בית החולים	סיבת האשפוז/ניתוח

תרופות (ניתן לצרף דף ממוחשב)		
שם התרופה	דרך מתן	הערות

טיפולים מיוחדים נוספים (נא לפרט)	
עירויים	
נרקוטיקה	
אחר	

מצבים רפואיים מיוחדים: נא לציין תדירות ההתקפים בחצי שנה אחרונה:	
1. אפילפסיה _____	4. נפילות _____
2. איבוד הכרה SYNCOPE _____	5. היפר/היפר גליקמיה _____
3. אחר: _____	

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

**מדינת ישראל - משרד הבריאות**  
**מנהל רפואה - היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות**  
**טופס מידע רפואי – סיעודי למכשירי שיקום וניידות**  
**עדכון - 2014**

שם הפונה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**עמודים 4-6 - מידע תפקודי וסיעודי (למילוי על ידי אחות)**

אין חובה למלא סעיפים שאינם רלוונטיים לתינוקות וילדים עד גיל 3 שנים. בכל מקרה יש למלא את השאלון בהתאם למצופה מגיל הנבדק.

אומדן סיעודי		
<b>נשימה</b> 1. נושם חופשי 2. זקוק לאינהלציות 3. זקוק לחמצן 4. טרכיאוסטומיה עם/בלי תמיכה נשימתית	<b>מצב הכרה</b> 1. בהכרה מלאה 2. בהכרה מלאה אבל ישנוני 3. בהכרה מעורפלת 4. מחוסר הכרה	
<b>מצב העור</b> 1. תקין 2. פריחה/פצע 3. פצע לחץ : מספר ומיקום _____	<b>מצב קוגניטיבי</b> 1. מתמצא בזמן ובמקום, זיכרון שמור 2. הפרעה קלה בהתמצאות ו/או בזיכרון 3. הפרעה ניכרת בהתמצאות ובזיכרון 4. דמנציה מתקדמת 5. אחר _____	
<b>פצע לחץ</b> 1. אודם בלבד 2. שטח/שלפוחית 3. מעורבות השומן התת-עורי 4. עובר את שכבת השומן לרקמות	<b>מצב רגשי</b> 1. מצב הרוח תקין 2. חרד/מפוחד 3. אדיש/מסוגר בעצמו 4. עצוב/מדוכא	
<b>ראיה</b> 1. סבירה – ללא משקפים/עדשות 2. סבירה – עם משקפיים/עדשות 3. מוגבלת 4. עיוורון	<b>התנהגות</b> 1. משתף פעולה ורגוע 2. לא משתף פעולה ורגוע 3. באי שקט מוטורי 4. באי שקט פסיכו מוטורי 5. אחר _____	
<b>שמיעה</b> 1. סביר 2. סביר – עם מכשיר 3. מוגבלת עם/ללא מכשיר 4. חירשות	<b>תקשורת</b> 1. מבין ומדבר ברור בשפתו 2. מבין ומדבר לא ברור (הפרעה בדיבור) 3. מבין אבל לא מסוגל לדבר 4. לא מבין ולא מדבר 5. משתמש בתקשורת חילופית (כגון לוח תקשורת)	
<b>משקל (התרשמות/ תשאול)</b> 1. משקל רצוי ויציב 2. עודף משקל קל/בינוני 3. תת משקל – יציב 4. תת משקל – בירידה 5. השמנת יתר	<b>מכשור ואביזרי עזר (תאר):</b>	
<b>השמנת יתר- נא לציין המשקל</b> _____	<b>נשימה</b> 1. טרכאוסטומי 2. משתמש במכשיר (כמו BIPAP) 3. מכשיר הנשמה קבוע 4. חמצן/אחר _____	
<b>כאב</b> 1. כן (נא לציין אומדן 0-10): ____ 2. לא 3. פרט מיקום הכאב _____	<b>הזנה</b> 1. זונדה 2. גסטרוסטומי (PEG) 3. אחר _____	

**מדינת ישראל - משרד הבריאות**  
**מנהל רפואה - היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות**  
**טופס מידע רפואי – סיעודי למכשירי שיקום וניידות**  
**עדכון - 2014**

שם הפונה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

אין חובה למלא סעיפים שאינם רלוונטיים לתינוקות וילדים עד גיל 3 שנים. בכל מקרה יש למלא את השאלון בהתאם למצופה מגיל הנבדק.

<b>מצב תפקודי</b>			
<b>רחצה</b>	1. עצמאי 2. השגחה 3. עזרה חלקית – כולל חלק מהגוף 4. עזרה מלאה	<b>ניידות</b>	1. מתהלך לבד 2. מתהלך לבד עם מכשיר 3. מתהלך עם עזרה חלקית/ליווי 4. רתוק לכיסא גלגלים/טיולון 5. רתוק למיטה
<b>הלבשה</b>	1. עצמאי 2. סיוע קל 3. עזרה חלקית 4. עזרה מלאה	<b>העברות (משיכה לשיבה)</b>	1. עצמאי 2. עצמאי בעזרת אביזר עזר 3. עזרה קלה או השגחה 4. עזרה מלאה 5. עזרה מלאה בעזרת מנוף
<b>אכילה שתייה והזנה</b>	1. עצמאי 2. הגשה – כולל חיתוך 3. עזרה חלקית 4. עזרה מלאה	<b>העברות (מישיבה לעמידה או לכסא גלגלים)</b>	1. עצמאי 2. עצמאי בעזרת אביזר עזר 3. עזרה קלה של מלווה 4. עזרה מלאה 5. עזרה מלאה עם מנוף 6. אחר _____
<b>שליטה במתן שתן</b>	1. עצמאי – שולט 2. שולט ברוב הזמן – כולל שימוש באביזרים ומטפל בעצמו 3. שליטה חלקית וזקוק לעזרה 4. אי שליטה במתן שתן	<b>אביזרי עזר לניידות (ניתן לסמן יותר מאחד)</b>	1. מקל/טריפוד/קביים 2. הליכון/סטנדרטי/אחורי/רולטור 3. מכשיר הליכה (אורטוזה) 4. תותבת (פרוטזה) 5. כסא גלגלים/טיולון/כיסא ממונע 6. קלנועית
<b>שליטה בפעולת מעיים</b>	1. עצמאי – שולט 2. שולט ברוב הזמן ומטפל בעצמו 3. עזרה חלקית – צריך עזרת הזולת בביצוע חוקן וכד' 4. אי שליטה במתן צואה	<b>ניידות בכסא גלגלים (במידה ורלוונטי)</b>	1. עצמאי 2. עצמאי במסגרת הבית בלבד 3. עזרה מלאה 4. נייד בכיסא ממונע

מדינת ישראל - משרד הבריאות  
מנהל רפואה - היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות  
טופס מידע רפואי – סיעודי למכשירי שיקום וניידות  
עדכון - 2014

שם הפונה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

1. תאר את אורח החיים של הנבדק וסדר היום, עיסוק בתוך הבית ומחוצה לו כגון לימודים, עבודה, בילוי וסידורים, יציאה לטיפולים רפואיים, סוג הטיפול והתדירות. האם יוצא באופן עצמאי או בליווי

---

---

---

---

---

2. מהלך המחלה- כיצד תפקד עד כה, והאם חלו שינויים במצבו התפקודי של הפונה בשנה האחרונה

---

---

---

---

---

3. הערות האחות:

---

---

---

---

---

---

---

חתימה וחתימת

שם האחות

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

טלפון ליצירת קשר \_\_\_\_\_