

מנהל רפואה	מיטה חשמלית	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	עמוד :	תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014

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

טופס מספר 2.7 המלצה למיטת פאולר כולל HI-LOW עם מנגנון חשמלי

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"/> אלמ/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

עם מי גר בבית: _____
מטפל: לא כן מספר שעות ביום: _____
משקל: _____ גובה: _____

אבחנה ומידע כללי: _____

ניידות ומעברים:

ללא אביזרים הליכון כיסא גלגלים ידני ממונע אחר _____

מעבר ממיטה לכיסא: עצמאי עזרה חלקית אינו עצמאי תאר: _____

מעבר מכיסא למיטה: עצמאי עזרה חלקית אינו עצמאי תאר: _____

ניידות במיטה:

מעבר משכיבה לשיבה: עצמאי עזרה חלקית אינו עצמאי תאר: _____

שינויי תנוחה: עצמאי עזרה חלקית אינו עצמאי תאר: _____

על איזו מיטה ישן היום: _____

מנהל רפואה	מיטה חשמלית	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	עמוד :	תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014

שם הפונה: _____

עיסוק/ אורח חיים: האם רוב היממה במיטה? פרט: _____

תנאי מגורים מתאימים: כן לא פרט: _____

שימוש במנוף: כן לא פרט: _____

נימוקים להמלצה (כולל התייחסות למידת העצמאות במעברים באמצעות המיטה):

האם אביזר חילופי יכול לתת מענה: כן לא פרט: _____

הערה:

כל מיטה תסופק עם מזרן סטנדרטי בגובה 12 או 15 ס"מ בהתאם למשקל המשתמש.
המלצות למזרן אויר – חשמלי תהינה בנפרד – ראה קוים מנחים להמלצה למזרן אויר חשמלי.

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: _____