

מנהל רפואה	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	תאריך עדכון: 1 ינואר 2014
עמוד: _____	תאריך: _____

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

טופס מספר - 2.10

המלצה לכיסא גלגלים ממונע

תאריך ביקור הבית: _____ תאריך: _____
 לשכת בריאות: _____ קופ"ח מבטחת: _____

לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה.
 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

עם מי גר בבית: _____
 מטפל: לא כן מספר שעות ביום: _____
 משקל: _____ גובה: _____
 ראייה: ידוע על הפרעות בראייה: לא כן פרט: _____

אבחנה ותיאור כללי (כולל תפקוד קוגניטיבי):

תפקוד:

תאר כיצד נייד היום ומהי מידת העצמאות: _____

האם קיים כיסא גלגלים ממשרד הבריאות: כן לא אחר: _____

נא לציין את סוג הכיסא: _____ תאריך רכישה: _____

פרט: _____

רמת תפקוד: _____

יכולת ניידות בכיסא גלגלים ידני: הנעה פונקציונאלית כן לא למרחק: _____

פרט: _____

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

שם הפונה: _____

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: _____

הערכה פיזית:

שליטת ראש: _____ שליטת גו: _____ דפורמציות: _____

גפיים עליונות:

דפורמציות/קונטרקטורות: _____

טווחי תנועה:

פסיבי: □ כן □ לא □ פרט: _____

אקטיבי: □ כן □ לא □ פרט: _____

טונוס: □ תקין □ לא תקין פרט: _____

כוח שרירים:

ימין: _____

שמאל: _____

גפיים תחתונות:

דפורמציות/קונטרקטורות: _____

טווחי תנועה:

פסיבי: □ כן □ לא □ פרט: _____

אקטיבי: □ כן □ לא □ פרט: _____

טונוס: □ תקין □ לא תקין פרט: _____

כוח שרירים:

ימין: _____

שמאל: _____

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

שם הפונה: _____

נגישות:

מקום מגורים: בית דירות - קומת מגורים _____ בית קרקע
מעלית: לא כן מידות המעלית: רוחב כניסה _____ רוחב פנימי _____ עומק _____

תיאור תנאי הגישה לבית: רמפה מעלית מדרגות
פרט: _____

פנים הבית: מותאם אינו מותאם מותאם חלקית
פרט: _____

נגישות והתאמת בית הספר/ מקום עבודה: _____

רכב: פרטי/ ואן מתקן הרמה סוג: _____ האם נוהג: כן לא
הסעה מותאמת: כן לא פרט: _____

עיסוק/אורח חיים: _____

נימוקים להמלצה: _____

הערות:

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: _____