

|                                 |     |                                     |
|---------------------------------|-----|-------------------------------------|
| מנהל רפואה                      | כ"ש | 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**

**2.2 טופס מספר**

**המלצה לכיסא שירותים ורחצה**

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: \_\_\_\_\_

שותפים למגורים: \_\_\_\_\_

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

הליכה:  לא מתהלך כלל  הולך בעזרת מלווה למרחק \_\_\_\_\_

הולך בעזרת אביזר עזר למרחק \_\_\_\_\_  עצמאי למרחק \_\_\_\_\_

מעברים:  בעזרת מנוף  בעזרת רבה: \_\_\_\_\_  עזרה קלה: \_\_\_\_\_  עצמאי

מטרת השימוש: שירותים  כן  לא רחצה  כן  לא

האם קיים כיסא שירותים שסופק ע"י משרד הבריאות:  כן  לא

כיסא בהשאלה מגורם אחר

במידה וכן, מהו סוג הכיסא והסיבות לצורך בהחלפתו: \_\_\_\_\_

|                                 |     |                                     |
|---------------------------------|-----|-------------------------------------|
| מנהל רפואה                      | כ"ש | היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות |
| נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות |     | תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014           |

שם הפונה: \_\_\_\_\_

תנאי המגורים

חדר השירותים:

פתח חדר שירותים מותאם: כן  לא  פרט: \_\_\_\_\_

האם ישנה נגישות לאסלה: כן  לא  פרט: \_\_\_\_\_

האם הכסא מתאים לשימוש מעל האסלה: כן  לא  פרט: \_\_\_\_\_

חדר רחצה:

פתח חדר הרחצה מותאם: כן  לא  פרט: \_\_\_\_\_

מקלחון: אין  יש  מותאם לכ"ג: כן  לא

אמבטיה: אין  יש

הערות: \_\_\_\_\_

מפרט לכיסא שירותים: {סטנדרט מסומן ב-(\*)}

הנעת הכיסא:

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> כיסא להנעה עצמית | <input type="checkbox"/> כיסא להנעה על ידי מלווה |
|---|--|

מושב הכיסא:

|       |                                      |                                     |                                 |                               |
|-------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| רוחב: | <input type="checkbox"/> 40 ס"מ (*)  | <input type="checkbox"/> 45 ס"מ (*) | <input type="checkbox"/> 51 ס"מ | <input type="checkbox"/> אחר  |
| עומק: | <input type="checkbox"/> 40 ס"מ (*)  | <input type="checkbox"/> 45 ס"מ     | <input type="checkbox"/> אחר    |                               |
| סוג:  | <input type="checkbox"/> פלסטיק קשיח | <input type="checkbox"/> מרופד יצוק | <input type="checkbox"/> מרופד  |                               |
| פתח:  | <input type="checkbox"/> עגול        | <input type="checkbox"/> קדמי       | <input type="checkbox"/> אחורי  | <input type="checkbox"/> צידי |

הערות: \_\_\_\_\_

משענת הגב:

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> רך (*) | <input type="checkbox"/> קשיח |
|---------------------------------|-------------------------------|

הערות: \_\_\_\_\_

משענות ידיים:

|                                 |                                       |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> פריקות | <input type="checkbox"/> סובבות לאחור | <input type="checkbox"/> סובבות לפנים |
|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

הערה: בכיסא שירותים מפלסטיק יתכן ומשענות הידיים תהינה קבועות

על הגורם הממליץ לפעול בהתאם להנחיות ולנוהל משרד הבריאות. מסמך זה הינו בגדר המלצה בלבד ומותנה באישור סופי של משרד הבריאות

|                                 |     |                                     |
|---------------------------------|-----|-------------------------------------|
| מנהל רפואה                      | כ"ש | היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות |
| נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות |     | תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014           |

שם הפונה: \_\_\_\_\_

**משענות רגליים:**

|  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> שני משטחים(*)   | <input type="checkbox"/> סובבות פריקות   | <input type="checkbox"/> מתרוממות |
| <input type="checkbox"/> משטח כף רגל אחד | <input type="checkbox"/> מתקפל כלפי מעלה |                                   |

**כיסא שירותים מיוחד**

|                                      |                                      |                               |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> T.I.S       | <input type="checkbox"/> גב הטיה     | <input type="checkbox"/> אחר: |
| <input type="checkbox"/> זווית קבועה | <input type="checkbox"/> זווית משתנה |                               |

נימוקים להתאמות מיוחדות/נוספות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם יש צורך בהתאמות מיוחדות? (חגורות, תמיכות, אחר)  לא  כן  
אם כן, פרט ונמק:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**פרטי הממליץ**

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

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_