

מנהל רפואה	כרית	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 2.9

המלצה לכרית להפחתת הסיכון להיווצרות פצעי לחץ

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 : \_\_\_\_\_

משקל : \_\_\_\_\_ גובה : \_\_\_\_\_

אבחנה : \_\_\_\_\_

**ניידות :** האם יושב על כיסא גלגלים ואיזה :  ממונע  כיסא גלגלים ידני  אין כיסא גלגלים

רמת תפקוד : \_\_\_\_\_ ניידות בעזרת אביזר עזר אחר (פרט) : \_\_\_\_\_

האם קיימת בעיה תחושתית :  לא  כן פרט : \_\_\_\_\_

האם יש פצע לחץ :  לא  כן פרט : \_\_\_\_\_

יכולת תנועתיות בכיסא גלגלים (אחר, PUSH UP) :  לא  כן פרט : \_\_\_\_\_

מידת שיתוף הפעולה :  משתף פעולה  משתף פעולה באופן חלקי  אינו משתף פעולה

מצב קוגניטיבי : \_\_\_\_\_

רמת סיכון על פי סולם נורטון או וטרלו : \_\_\_\_\_

כיצד מבצע מעברים : \_\_\_\_\_

עיסוק/ אורח חיים : \_\_\_\_\_

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

שם הפונה: \_\_\_\_\_

האם יושב כיום על כרית:  לא  כן  מתי נרכשה: \_\_\_\_\_

סוג ודגם הכרית: \_\_\_\_\_

מדוע נדרשת כרית חדשה: \_\_\_\_\_

סוג הכרית המומלצת: \_\_\_\_\_ נמק: \_\_\_\_\_

מידות הכרית: רוחב: \_\_\_\_\_ אורך: \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_ אחר: \_\_\_\_\_

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_