

חטיבת הרפואה	כ"ג מיוחד / טיולון	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 מאי 2019

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

טופס מספר - 2.3

המלצה ל - כיסא גלגלים עם T.I.S ו- RECLINE כיסא גלגלים עם T.I.S

טיולון סטנדרטי טיולון T.I.S ו- RECLINE טיולון T.I.S RECLINE

תאריך: _____
 לשכת בריאות: _____ קופת חולים: _____

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).

עבור ילדים ומבוגרים השוהים במסגרות - מומלץ להתייעץ עם הצוות המקצועי במסגרת.

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"/> גרוש/ה

1. אבחנה: _____

2. משקל: _____ גובה: _____

3. תיאור כללי: (יש להתייחס לאבחנה, למצב הרפואי, להיסטוריה ולמצב הנוכחי)

4. תפקוד:

ניידות: (על מה יושב היום, ממתני, כיצד היה נייד עד כה, אביזרי עזר ניידות נוספים - להתייחס לעבר ולהווה)

היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות	כ"ג מיוחד / טיולון	חטיבת הרפואה
תאריך עדכון: 1 מאי 2019		נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות

שם הפונה _____

הערכה פיזיקאלית: { כוח שרירים, טונוס, קונטרקטורות, דפורמציות, יציבה, אחר (לציין מידע רלוונטי) }

5. אורח חיים: (תיאור כללי כולל משך הישיבה ו/או הניידות במהלך היום)

6. תנאי המגורים: (תנאי הבית והגישה אליו, מעלית, מדרגות, מספר מדרגות, רמפה וכו').

7. נימוקים מקצועיים: למנגנוניים המומלצים (T.I.S, גב הטיה, רגליות מתרוממות, אחר*): חובה לנמק

8. הערות:

חטיבת הרפואה	כ"ג מיוחד / טיולון	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 מאי 2019

שם הפונה: _____

מפרט טכני למכשיר המבוקש (נא לציין סוג המכשיר) _____

רוחב מושב:	<input type="checkbox"/> 30 ס"מ	<input type="checkbox"/> 35 ס"מ	<input type="checkbox"/> 40 ס"מ	<input type="checkbox"/> 45 ס"מ	<input type="checkbox"/> אחר
עומק מושב:	<input type="checkbox"/> 30 ס"מ	<input type="checkbox"/> 35 ס"מ	<input type="checkbox"/> 40 ס"מ	<input type="checkbox"/> 45 ס"מ	<input type="checkbox"/> אחר
סוג המושב:	<input type="checkbox"/> מרופד	<input type="checkbox"/> בסיס לכרית	<input type="checkbox"/> אחר		
גובה משענת הגב:	<input type="checkbox"/> לפי הדגם		<input type="checkbox"/> אחר		
גב הטיה:	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> זווית קבועה	<input type="checkbox"/> זווית משתנה	
T.I.S:	<input type="checkbox"/> לא	<input type="checkbox"/> כן	<input type="checkbox"/> זווית קבועה	<input type="checkbox"/> זווית משתנה	
משענת גב:	<input type="checkbox"/> רך	<input type="checkbox"/> מרופד	<input type="checkbox"/> רצועות	<input type="checkbox"/> אחר	
משענות רגליים:	<input type="checkbox"/> מתרוממות		<input type="checkbox"/> משטח כף רגל אחד	<input type="checkbox"/> שני משטחים	
אורך רגליות:	<input type="checkbox"/> זווית הברך: <input type="checkbox"/> 90° <input type="checkbox"/> 70°		<input type="checkbox"/> אחר		

אביזרים נוספים:

- משענת ראש
- משענת ראש מיוחדת סוג: _____
- תמיכות צד לגו
- חגורת חזה/פרפר
- חגורת אגן
- מפריד ברכיים
- תמיכות ירכיים
- רצועות שוקיים
- רצועות עקבים
- רצועות כף רגל קדמית
- שולחן
- אחר: (כגון: מדף למכונת הנשמה- כולל מידות ומשקל, ריפודים נוספים, משענת ראש מיוחדת)

כרית להפחתת סיכון להיווצרות פצעי לחץ- (במקרים חריגים בהם מושב הכיסא/ הטיולון אינו מתאים יש למלא טופס המלצה לכרית להפחתת הסיכון לפצעי לחץ ולציין את סוג הכרית בהתאם להנחיות בהמלצה):

נא לציין את הנימוקים המקצועיים להתאמות המומלצות

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: _____