

| | | |
|---------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| מנהל רפואה | זחליל / עולה מדרגות | 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

טופס מספר - 2.6

המלצה לזחליל/ עולה מדרגות

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"/> אלמנה <input type="checkbox"/> פרודה |
| פקס | מייל | | <input type="checkbox"/> נשואה <input type="checkbox"/> גרושה |

עם מי גר בבית: _____

מטפל: לא כן מספר שעות ביום: _____

אבחנה: _____

תאר כיצד נייד היום ומהי מידת העצמאות: _____

האם קיים כיסא גלגלים ממשרד הבריאות: כן לא אחר _____

גלגלים נשלפים: כן לא טילט (T.I.S) כן לא גב הטיה (RECLINE): כן לא

אחר: _____

מקום מגורים: בית דירות, קומת מגורים _____ בית קרקע

תנאי הגישה לבית: רמפה מעלית מדרגות

מדרגות בגישה לבית: מספר מדרגות _____ רוחב _____ אורך _____ גובה _____

תאר: _____

תאור חדר המדרגות: מספר מדרגות _____ רוחב _____ אורך _____ גובה _____

פודסט: רוחב _____ אורך _____

פנים הבית: מספר מדרגות _____ רוחב _____ אורך _____ גובה _____

תאר: _____

האם נבדקו חלופות: מעלון מעלית אחר: _____ לא נבדקו

אם כן- מדוע הפתרון שנבדק אינו בר יישום _____

האם נבדקה אפשרות למעבר דירה: לא כן

| | | |
|---------------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| מנהל רפואה | זחליל / עולה מדרגות | היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות |
| נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות | | תאריך עדכון: 1 דצמבר 2014 |

פרט: _____

שם הפונה: _____

האם הייתה התנסות עם זחליל/עולה מדרגות לא כן-פרט: _____

מי אמור להפעיל את המכשיר? _____

מה מטרת השימוש במכשיר? (אורח חיים, תדירות יציאה מהבית): _____

הערות: _____

פרטי הממליץ

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

חתימה וחותמת: _____