

מנהל רפואה	תת"ח	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 ביוני 2016

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

נספח א' - פניה להשאלת מכשיר תקשורת תומכת וחלופית לצורך התנסות טופס מס' 2.16

תאריך: \_\_\_\_\_

לשכת בריאות: \_\_\_\_\_

לתשומת לבך: נא למלא את כל הסעיפים הרשומים מטה (למילוי על ידי הגורם המקצועי בלבד).

**פרטי הפונה:**

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	קופת חולים
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווק/ה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרוש/ה
פקס	מייל		

אבחנה (יש לצרף אישור רפואי): \_\_\_\_\_

שותפים למגורים: \_\_\_\_\_

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

איש משפחה מלווה: \_\_\_\_\_

עיסוק / מקצוע של הפונה כולל מספר זהות: \_\_\_\_\_

מסגרת שיקומית / טיפולית / חינוכית: \_\_\_\_\_

הגורם המקצועי הממלא את טופס ההשאלה: \_\_\_\_\_

מגבלה בדיבור: לא  כן, פרוט: \_\_\_\_\_

אם יש קושי דיבור, כיצד נעשית התקשורת כיום? \_\_\_\_\_

האם המשתמש התנסה בעבר בפלט קולי, אם כן - איזה? \_\_\_\_\_

המכשיר הנדרש (סמן): 1. מחשב תקשורת 2. מערכת מיקוד מבט

מי התאים את המכשיר? שם: \_\_\_\_\_ מקצוע: \_\_\_\_\_

מנהל רפואה	תת"ח	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 ביוני 2016

מקום ההתאמה: \_\_\_\_\_

בהשאלת מחשב תקשורת (בלבד):

סוג המחשב: \_\_\_\_\_ (התייחסות למידת הקשחה, גודל מסך)

תוכנות נדרשות: \_\_\_\_\_

(התייחסות ללוחות מוכנים במידת הצורך, הקלטות / מנוע דיבור)

אביזרי נגישות: \_\_\_\_\_ (מתגים, מתאמים, אחר)

הערות: \_\_\_\_\_

בהשאלת מערכת מיקוד מבט:

סוג המחשב: \_\_\_\_\_ (התייחסות גודל מסך)

סוג מערכת מיקוד המבט: \_\_\_\_\_

תוכנות נדרשות: \_\_\_\_\_

(התייחסות ללוחות מוכנים במידת הצורך, דובר / מנוע דיבור)

אביזרי נגישות: \_\_\_\_\_ (ינתנו עמוד / עמוד שולחני עם זרוע בלבד)

אחר: \_\_\_\_\_

מפגש ההנגשה נערך על ידי: \_\_\_\_\_ בתאריך: \_\_\_\_\_

מקום המפגש: \_\_\_\_\_

\* נא לצרף מסמכים המסכמים את מפגש ההנגשה.

איש מקצוע המלווה את המשתמש בטיפול תת"ח: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ מספר זהות (חובה!): \_\_\_\_\_

מקצוע: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

כתובת מייל (נא למלא באותיות גדולות וברורות): \_\_\_\_\_

מקומות עבודה: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

בהשאלת מערכת מיקוד מבט בלבד, יש למלא את הפרטים הבאים:

1. שם מרפא/ה בעיסוק מלווה: \_\_\_\_\_

2. ת.ז. \_\_\_\_\_

3. טלפון: \_\_\_\_\_

4. מייל: \_\_\_\_\_

**נא לשים לב שבבקשת ההשאלה לצורך התנסות צורפו המסמכים הבאים:**

**נספח זה (נספח א'), הערכת תפקודי שפה, דיבור ותקשורת, מסמך רפואי וסיכום מפגש הנגשה (במקרה של מערכות מיקוד מבט)**

**בקשה שלא תתקבל כמפורט, לא תטופל!**