

חטיבת הרפואה	מערכת F.M	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות		תאריך עדכון: 1 אוגוסט 2019

**נספח מספר 2 בנוהל אישור מכשירי שיקום וניידות - טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה  
המלצה למערכת F.M אישית**

**הנחיות כלליות**

כללי –

לצורך הגשת בקשה לאישור זכאות להשתתפות משרד הבריאות ברכישת מכשירי שמיעה ו/ או מערכת FM אישית יש לצרף:

- בדיקת שמיעה עדכנית במידה ואינו מרכיב מכשיר שמיעה (עד 6 חודשים מתאריך הגשת הבקשה)
- בדיקת שמיעה עם המכשיר/ים המומלץ/ים
- המלצת קלינאית/ת תקשורת לגבי המערכת המומלצת
- טופס הצעה נילווח מספק מכשירי השמיעה
- תצלום ספח תעודת זהות של ההורה הפונה, בה רשום הילד (אין צורך במקרים בהם הפניה מועברת ישירות מקופת החולים)
- יש להעביר את המסמכים לכתובת מייל הבאה: [shikum\\_natali@moh.health.gov.il](mailto:shikum_natali@moh.health.gov.il)  
פקס: 03-9135864

הנחיות לקלינאית/ת התקשורת המתאים וממליץ:

המלצת קלינאית/ת תקשורת על מכשירי שמיעה תכלול:

- טופס המלצה מלא כמפורט בנספח ד' (מצ"ב).
- בדיקת שמיעה עדכנית במידה ואינו מרכיב מכשיר שמיעה (עד 6 חודשים מתאריך הגשת הבקשה)
- בדיקת שמיעה עם המכשירים המומלצים;
- במקרה של בקשה חוזרת לזכאות להשתתפות יש לפרט את סיבת החלפת המכשירים לדוגמא חוסר תקינות, התקדמות טכנולוגית המחייבת החלפה, שינוי בשמיעה וכדומה;
- המלצת קלינאית/ת התקשורת על מכשירי שמיעה תינתן על גבי טופס נפרד המצוי בחוזר מנהל רפואה 05/2016 או באתר משרד הבריאות, נספח ג מעודכן.

היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות	מערכת F.M	חטיבת הרפואה
תאריך עדכון: 1 אוגוסט 2019		נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות

טופס מס' 2.19

נספח ד' המלצה – למערכת F.M אישית

לשכת בריאות: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

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

פרטי הילד:

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	קופ"ח מבטחת
טלפון	טלפון נוסף	שם ההורה/אפוטרופוס	
פקס	מייל		

רקע- מאפייני הסביבה החינוכית וצרכי הילד

האם נמצא במסגרת חינוכית כן / לא

במידה ונמצא במסגרת חינוכית, האם משולב בכיתה קטנה/ בכיתה רגילה

האם קיימת כיתה אם קבועה כן / לא

האם כיתה האם מונגשת (התאמה אקוסטית) כן / לא

האם הכיתה המונגשת כוללת מערכת FM כיתתית- סביבתית כן / לא

במידה וכן, אנה פרט מדוע נדרשת גם מערכת FM אישית:

\_\_\_\_\_

האם קיימים צרכים אישיים אחרים התומכים בשימוש במערכת FM אישית: כן / לא

\_\_\_\_\_

מידת הצורך של הילד בתיווך אדם מבוגר במהלך השעות שמעבר למסגרת החינוכית:

\_\_\_\_\_

הגורם המלווה את הטמעת מערכת ה-FM האישית במסגרת החינוכית:

\_\_\_\_\_

במידה ואינו משולב עדיין במסגרת חינוכית פרט מדוע עולה הצורך במערכת FM אישית

\_\_\_\_\_

היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות	מערכת F.M	חטיבת הרפואה
תאריך עדכון: 1 אוגוסט 2019		נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות

### המלצה למערכת F.M אישית

אובחנה לקות שמיעה: חד- צידית / דו – צידית מטיפוס: הולכתי/ מעורב/ תחושת- עצבי  
(נא לצרף אישור רפואי)

רמת לקות השמיעה אוזן ימין: \_\_\_\_\_ אוזן שמאל: \_\_\_\_\_

הני"ל מרכיב/ה מכשירי שמיעה כן / לא באוזן אחת / בשתי האוזניים

מסוג: \_\_\_\_\_

לני"ל שתל קוכלארי כן / לא באוזן אחת / בשתי האוזניים

מסוג: \_\_\_\_\_

מעבד דיבור מסוג \_\_\_\_\_

מומלץ לני"ל להיעזר במערכת FM אישית

המערכת המומלצת על כל מרכיביה:

הספק המורשה וספק המשנה	מקט משרד הבריאות	פירוט	
			סוג המערכת
			משדר ותצורת מיקרופון
			מקלט אישי / לולאת השראה/ קישוריות
			רמקול חיצוני נייד, אישי – סביבתי

המערכת מותאמת לעזר השמיעתי של הילדכן / לא

ניתנה רשימת ספקים כן/לא

הערות: \_\_\_\_\_

פרטי קלינאית/ת התקשורת המתאים והממליץ:

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_

מס. תעודת רישוי: \_\_\_\_\_ ותק בתחום מכשירי השמיעה: \_\_\_\_\_

שם המכון / המרכז המשקם / המרכז הרפואי: \_\_\_\_\_

כתובת המכון/ המרכז המשקם/ המרכז הרפואי: \_\_\_\_\_

חותמת ומספר תעודת מקצוע

שם וחתימת קלינאית התקשורת

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_