

מנהל רפואה	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	תאריך עדכון: 1 ינואר 2010
עמוד: 1	

**המלצה לכיסא גלגלים ממונע**

מספר 3 – טופס המלצה (קיום מנחים) לגורם הממליץ בקהילה - 3.10

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"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרוד/ה
פקס	מייל		<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה

עם מי גר בבית: \_\_\_\_\_ מטפל:  לא  כן  
 מספר שעות ביום: \_\_\_\_\_ משקל: \_\_\_\_\_  
 גובה: \_\_\_\_\_

ראיה: ידוע על הפרעות בראיה:  לא  כן פרט: \_\_\_\_\_

אבחנה ותיאור כללי (כולל תפקוד קוגניטיבי):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**תפקוד:**

תאריך כיצד נייד היום ומהי מידת העצמאות: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

האם קיים כיסא גלגלים ממשד הבריאות:  כן  לא  אחר: \_\_\_\_\_  
 נא לציין את סוג הכיסא: \_\_\_\_\_ תאריך רכישה: \_\_\_\_\_  
 פרט: \_\_\_\_\_

רמת תפקוד: \_\_\_\_\_

יכולת ניידות בכיסא גלגלים ידני: הנעה פונקציונאלית  כן  לא  למרחק: \_\_\_\_\_  
 פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

מנהל רפואה	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	תאריך עדכון: 1 ינואר 2010
עמוד: 2	

שם הפונה: \_\_\_\_\_

**ניידות ומעברים:**

□ ללא אביזרים □ הליכון □ כיסא גלגלים ידני □ ממונע □ אחר: \_\_\_\_\_

מעבר ממיטה לכיסא: □ עצמאי □ עזרה חלקית □ אינו עצמאי תאר: \_\_\_\_\_

מעבר מכיסא למיטה: □ עצמאי □ עזרה חלקית □ אינו עצמאי תאר: \_\_\_\_\_

**ניידות במיטה:**

מעבר משכיבה לשיבה: □ עצמאי □ עזרה חלקית □ אינו עצמאי תאר: \_\_\_\_\_

שינויי תנוחה: □ עצמאי □ עזרה חלקית □ אינו עצמאי תאר: \_\_\_\_\_

**הערכה פיזית:**

שליטת ראש: \_\_\_\_\_ שליטת גו: \_\_\_\_\_ דפורמציות: \_\_\_\_\_

**גפיים עליונות:**

דפורמציות/קונטרקטורות: \_\_\_\_\_

**טוחי תנועה:**

פסיבי: □ כן □ לא □ פרט: \_\_\_\_\_

אקטיבי: □ כן □ לא □ פרט: \_\_\_\_\_

טונוס: □ תקין □ לא תקין פרט: \_\_\_\_\_

**כוח שרירים:**

ימין: \_\_\_\_\_

שמאל: \_\_\_\_\_

**גפיים תחתונות:**

דפורמציות/קונטרקטורות: \_\_\_\_\_

**טוחי תנועה:**

פסיבי: □ כן □ לא □ פרט: \_\_\_\_\_

אקטיבי: □ כן □ לא □ פרט: \_\_\_\_\_

טונוס: □ תקין □ לא תקין פרט: \_\_\_\_\_

**כוח שרירים:**

ימין: \_\_\_\_\_

שמאל: \_\_\_\_\_

מנהל רפואה	היחידה הארצית למכשירי שיקום וניידות
נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות	תאריך עדכון: 1 ינואר 2010
עמוד : 3	

שם הפונה: \_\_\_\_\_

**נגישות:**

מקום מגורים:  בית דירות - קומת מגורים \_\_\_\_\_  בית קרקע  
מעלית:  לא  כן מידות המעלית: רוחב כניסה \_\_\_\_\_ רוחב פנימי \_\_\_\_\_ עומק \_\_\_\_\_

תיאור תנאי הגישה לבית:  רמפה  מעלית  מדרגות  
פרט: \_\_\_\_\_

פנים הבית:  מותאם  אינו מותאם  מותאם חלקית  
פרט: \_\_\_\_\_

נגישות והתאמת בית הספר/ מקום עבודה: \_\_\_\_\_

רכב: פרטי/ ואן  מתקן הרמה סוג: \_\_\_\_\_ האם נוהג:  כן  לא  
הסעה מותאמת:  כן  לא פרט: \_\_\_\_\_

עיסוק/אורח חיים: \_\_\_\_\_

נימוקים להמלצה: \_\_\_\_\_

הערות:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**פרטי הממליץ**

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

חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_