

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!