

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 ב' - המלצה – מכשיר תקשורת תומכת וחלופית  
טופס מס' 2.17

תאריך: \_\_\_\_\_

לשכת בריאות: \_\_\_\_\_

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

**פרטי הפונה:**

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	תאריך לידה
רחוב	מספר בית	ישוב	קופ"ח מבטחת
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	מצב משפחתי <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> אלמן/ה <input type="checkbox"/> פרודה <input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> גרושה
פקס	מייל		

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

שותפים למגורים: \_\_\_\_\_

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

איש משפחה מלווה: \_\_\_\_\_

עיסוק / מקצוע של הפונה: \_\_\_\_\_

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

ראיה: \_\_\_\_\_ שימוש באביזרי ראיה: \_\_\_\_\_

שמיעה: \_\_\_\_\_ שימוש באביזרי שמיעה: \_\_\_\_\_

האם מונשם?  לא  כן

תפקוד קוגניטיבי (כולל מצב ערנות ויכולת ריכוז): \_\_\_\_\_

הערכת תפקודי שפה, דיבור ותקשורת בוצעה בתאריך: \_\_\_\_\_

מקום ביצוע ההערכה: \_\_\_\_\_

שם קלינאי התקשורת מבצע ההערכה: \_\_\_\_\_ מספר תעודת מקצוע: \_\_\_\_\_

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

יש לצרף מסמך ובו הערכה מפורטת של תפקודי השפה, הדיבור והתקשורת)

מידע כללי על תפקוד תקשורתי ושפתי של הפונה:

1. האם מדבר?  לא  כן  
 האם הדיבור מובן:  לא  כן, לסביבתו הקרובה  כן לכל אדם הערות: \_\_\_\_\_

2. מהי רמת ההבנה המוצהרת של הפונה? (שניתנת לצפייה באופן אובייקטיבי) בחרו את רמת התפקוד הגבוהה ביותר של הפונה מבין האפשרויות הבאות:

- א.  נענה לסיטואציות יומיומיות  
 ב.  נענה למסרים מילוליים מחוץ להקשר  
 ג.  נענה למסרים מילוליים ארוכים, מורכבים ומופשטים (כולל הבנת שאלות של פתרון בעיות)

3. פרט את הפעולות התקשורתיות של הפונה:

- א.  מגיב לאינטראקציה חברתית: כגון חיוך, פעולה משותפת.  
 ב.  נענה להוראות  
 ג.  יוזם בקשה  
 ד.  יוזם שיתוף באינטראקציה משותפת  
 ה. אחר: \_\_\_\_\_

4. האם הפונה מתקשר עם אנשים ומגיב לתקשורת המופנית כלפיו?  לא  כן  
 פרט באילו אמצעים מגיב לתקשורת המופנית אליו:

- א.  קולות וצלילי דיבור  
 ב.  קשר עין  
 ג.  גיסטות  
 ד.  הגשת חפצים  
 ה.  תמונות או לוחות תקשורת  
 ו.  כתיבה או הקלדה בלבד  
 ז.  משיכת תשומת לב של שותף התקשורת  
 ח.  אחר: \_\_\_\_\_

5. מי הם שותפי התקשורת של הפונה?

- א.  בני משפחה מטפלים קרובים בלבד  
 ב.  צוות חינוכי/ טיפולי  
 ג.  אחרים: \_\_\_\_\_

6. הסמלה: איזו סוג הסמלה האדם מזהה? סמנו את כל סוגי הסמלים שהאדם מזהה:

- א.  חפצים מוחשיים  
 ב.  תמונות מצולמות של אזורים (תמונה של חדר או סביבה)  
 ג.  תמונות מצולמות של פריטים  
 ד.  תמונות מצוירות של סמלים גרפיים  
 ה.  אותיות ומספרים  
 ו.  אחר: \_\_\_\_\_

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

7. האם האדם יודע לקרוא?  לא  כן  חלקית
- א. קריאה גלובלית של מילים מוכרות
- ב. קריאה מפענחת (קידוד צליל אות)
- ג. קריאה שוטפת של מילים ומשפטים קצרים
- ד. קריאה שוטפת של טקסטים

8. האם האדם יודע לכתוב?  לא  כן  רק בהקלדה  חלקית
- א. מאיית מילים מוכרות
- ב. מאיית מילים באופן מדויק 50% מהזמן
- ג. מאיית מילים באופן מדויק 80% מהזמן
- ד. מאיית מילים ומשפטים

9. באיזה אמצעי האדם מאיית?
- א. כלי כתיבה
- ב. מקלדת
- ג. לוח אותיות

#### תפקוד מוטורי :

יש מגבלה מוטורית/אין מגבלה מוטורית  
אם יש : נא לצרף הערכה מפורטת של מרפא בעיסוק ו/או פיזיותרפיסט הכוללת :

1. מידע כללי על תפקוד מוטורי של הפונה :

- א. הולך עצמאי
- ב. נעזר בהליכון קדמי/אחורי
- ג. מתנייד עצמאית בכסא גלגלים ממונע תוך שימוש במתגים או ג'ויסטיק ציין את מערכת ההפעלה של כסא הגלגלים ומיקומה \_\_\_\_\_
- ד. אינו עצמאי, ישוב בכסא גלגלים
- ה. מרותק למיטה

הערות: \_\_\_\_\_

2. היד הדומיננטית:  ימין  שמאל

- (1) תאר את היכולות התפקודיות ביד ימין  תפקוד מלא  תפקוד חלקי טוב  תפקוד מוגבל  תפקוד מוגבל מאוד  חוסר תפקוד

- (2) תאר את היכולות התפקודיות ביד שמאל  תפקוד מלא  תפקוד חלקי טוב  תפקוד מוגבל  תפקוד מוגבל מאוד  חוסר תפקוד

- (3) תאר את היכולות התפקודיות, רצונית וקבועה באצבע אחת או יותר ביד ימין  תפקוד מלא  תפקוד חלקי טוב  תפקוד מוגבל  תפקוד מוגבל מאוד  חוסר תפקוד

- (4) תאר את היכולות התפקודיות, רצונית וקבועה באצבע אחת או יותר ביד שמאל  תפקוד מלא  תפקוד חלקי טוב  תפקוד מוגבל  תפקוד מוגבל מאוד  חוסר תפקוד

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

5) מהי מידת השליטה בתנועת הצוואר?

- א.  שליטה מלאה בטווחי התנועה של הצוואר  
ב.  שליטה חלקית בטווחי תנועת הצוואר  
ג.  זקוק לתמיכת צוואר כדי לבצע תנועה  
ד.  אין כלל תנועת צוואר

6) האם יכול להפעיל מתגים?  כן  לא

באיזה אופן מפעיל את המתגים (לפרט איבר ספציפי) \_\_\_\_\_

7) התנסויות עם מכשירים או אביזרי תקשורת תומכת וחלופית אחרים בעבר:

האם הפונה התנסה בעבר או מתנסה בהווה בעזר תקשורת חלופית?

- א.  לא, מדוע: \_\_\_\_\_  
ב.  השתמש בעבר ב: \_\_\_\_\_ וכיום אינו משתמש, בשל הסיבה: \_\_\_\_\_  
ג.  כן, משתמש היום בעזר: \_\_\_\_\_  
ד.  לוחות מסוג: \_\_\_\_\_  
ה.  פלטים קוליים  
ו.  מחשב תקשורת מסוג \_\_\_\_\_ עם תוכנת \_\_\_\_\_ מחשב נייד/נייח בלי/עם מסך מגע  
ז.  שפת סימנים  
ח.  אחר: \_\_\_\_\_

האם מכשירים או אביזרים אלו אינם תואמים את הצרכים התקשורתיים הנוכחים. פרט:

---

---

---

---

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

פרטי המכשיר המומלץ

הערות	פירוט	
		האביזר (נא לפרט): דגם המחשב כולל גודל מסך ומידת הקשחה)
		תוכנה/ות (נא) לפרט האם כולל ערכת לוחות מוכנים ואיזו ולגבי הקלטות/מנוע (דיבור)
		אביזרי נגישות (נא) לפרט: עמוד, מתגים, עכבר, (מתאמים)

מידת ההקשחה הנדרשת למחשב: מלאה \_\_\_\_\_ חלקית \_\_\_\_\_ ללא הקשחה \_\_\_\_\_  
נמק את הצורך במכשיר המומלץ ותרומתו לתפקוד התקשורת של הפונה:

---



---



---



---

האם עבר הערכת נגישות למחשב תקשורת או פלט קולי על ידי מרפא/ה בעיסוק?  כן  לא  
תקופת הניסיון עם המכשיר:

האם התקיימה תקופת התנסות עם המכשיר?  כן  לא

משך תקופת ההתנסות: \_\_\_\_\_ מתאריך: \_\_\_\_\_ עד: \_\_\_\_\_

השימוש במכשיר הוא על בסיס יומיומי  כן  לא

פרט:

---

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

במסגרת החינוכית בכיתת הלימוד/ מחוץ לכיתת הלימוד/ במסגרת שיקומית/ טיפולית/ בחוגים/ בבילוי/ במסגרות חברתיות / בעבודה/ במסגרת הבית/ אחר : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

בכל מקרה של דרישה לאביזרי נגישות (לצורך הפעלה מבלבד), יש לצרף המלצה של מרפא בעיסוק. המכשיר עונה על צרכיו התקשורתיים של הפונה  כן  לא פרט (לדוגמא: מבטא צרכים פיזיים ובקשות, משתתף בהחלטות, משתתף בשיחה, שואל שאלות, מספר סיפור):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אביזרי הנגישות מתאימים לצרכיו ומאפשרים שימוש יעיל  כן  לא

פרט: \_\_\_\_\_

האם ישנם קשיים התנהגותיים שיכולים להשפיע על השימוש במכשיר  כן  לא

פרט: \_\_\_\_\_

האם צפויים שינויים במצבו הרפואי/התפקודי/או אחר של הפונה בתקופה הקרובה  כן  לא

פרט: \_\_\_\_\_

הגורם המקצועי המלווה את המשתמש בשימוש במכשיר:

שם: \_\_\_\_\_ מקצוע: \_\_\_\_\_

טל: \_\_\_\_\_ מייל: \_\_\_\_\_

האם ניתנה הדרכה לשימוש במכשיר לשותפי תקשורת?  כן  לא

אם כן, למי?

הורים: אב/ אם/בן/ת זוג/ בני משפחה אחרים \_\_\_\_\_ / מטפל סיעודי/ אפוטרופוס/ אחר \_\_\_\_\_

הערות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

פרטי קלינאי/ת התקשורת הממליץ:

(במקרה של התאמה למבוגר עם מחלה ניוונית ללא פגיעה קוגניטיבית או פגיעה בתפקודי שפה כתובה ניתן לקבל המלצה של מרפא בעיסוק)

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_

מס. תעודת מקצוע: \_\_\_\_\_ ותק מקצועי: \_\_\_\_\_

ניסיון מקצועי בשימוש בטכנולוגיות תת"ח \_\_\_\_\_

פרטי התקשרות: טלפון \_\_\_\_\_ כתובת מייל: \_\_\_\_\_

פרטי המסגרת הטיפולית או המרכז בו בוצעה ההתאמה וההמלצה: \_\_\_\_\_

מסגרת ציבורית/ פרטית

פרטי התקשרות כתובת: \_\_\_\_\_ טל: \_\_\_\_\_

כתובת מייל: \_\_\_\_\_

חתימת קלינאי התקשורת \_\_\_\_\_

חותמת: \_\_\_\_\_ מספר תעודת מקצוע \_\_\_\_\_

אם נדרשים אביזרי נגישות

שם מרפא/ה בעיסוק שביצע את ההתאמה: \_\_\_\_\_ מספר תעודת מקצוע: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

**נא לשים לב שצורפו המסמכים הבאים:**

נספח זה (נספח ב'), דו"ח הערכת תפקודי שפה, דיבור ותקשורת הכולל פירוט השימוש במכשיר המבוקש, מסמך רפואי (במידה וטרם הועבר).

בקשה שלא תתקבל כמפורט לא תטופל!