

טופס מס' 550.09-02	נוהלי שיקום וניידות	עמוד 1 מתוך 8 עמודים
טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה		תאריך תוקף 06/04/2025

פרטי הפונה				
שם פרטי	שם משפחה	תז	תאריך לידה	
רחוב	מספר בית	ישוב	קופת חולים	
טלפון	טלפון נוסף	איש קשר נוסף	מצב משפחתי	
			☐ פרוד/ה ☐ רווק/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרוש/ה ☐ אלמן/ה	
פקס	מייל			
אבחנה(יש לצרף אישור רפואי):				
שותפים למגורים				
מטפל: ☐ לא ☐ כן, אם כן מספר שעות ביום:				
איש משפחה מלווה				
מסגרת שיקומית / טיפולית / חינוכית:				
ראיה:				
שימוש באביזרי ראיה:				
שמיעה:				
שימוש באביזרי שמיעה:				
האם מונשם? ☐ לא ☐ כן				
המכשיר הנדרש (סמן): מחשב תקשורת ☐				
מערכת מיקוד מבט ☐				
תפקוד קוגניטיבי(כולל מצב ערנות ויכולת ריכוז):				
הערכת תפקודי שפה, דיבור ותקשורת בוצעה בתאריך				
מקום ביצוע הערכה				
שם קלינאי התקשורת המבצע הערכה				
מספר תעודת מקצוע				

14/07/2025

פניה לבקשת תתח קבועה - כללית

טופס מס' 550.09-02	נוהלי שיקום וניידות	עמוד 2 מתוך 8 עמודים
טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה	תאריך תוקף 06/04/2025	

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

1. האם מדובר? ☐ לא ☐ כן
האם הדיבור מובן: ☐ לא ☐ כן לכל אדם ☐ כן, לסביבתו הקרובה
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. ☐ ג'סטות
- 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?

14/07/2025

פניה לבקשת תתח קבועה - כללית

טופס מס' 550.09-02	נוהלי שיקום וניידות	עמוד 3 מתוך 8 עמודים
טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה	תאריך תוקף 06/04/2025	

- 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:

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 נכונה באופן חלקי
 ג. ☐ מאיית מילים ומשפטים

9. באיזה אמצעי האדם מאיית?

- א. ☐ כלי כתיבה
 ב. ☐ מקלדת
 ג. ☐ לוח אותיות

תפקוד מוטורי:

14/07/2025

פניה לבקשת תתח קבועה - כללית

טופס מס' 550.09-02	נוהלי שיקום וניידות	עמוד 4 מתוך 8 עמודים
טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה	תאריך תוקף 06/04/2025	

☐ 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

5) מהי מידת השליטה בתנועת הצוואר?

א. ☐ שליטה מלאה בטווחי התנועה של הצוואר

14/07/2025

פניה לבקשת תתח קבועה - כללית

טופס מס' 550.09-02	נוהלי שיקום וניידות	עמוד 5 מתוך 8 עמודים
טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה	תאריך תוקף 06/04/2025	

- ב. ☐ שליטה חלקית בטווחי תנועת הצוואר
ג. ☐ זקוק לתמיכת צוואר כדי לבצע
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?

האם מכשירים או אביזרים אלו אינם תואמים את הצרכים התקשורתיים הנוכחי? פרט/י:

8) פרטי המכשיר המומלץ

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

9) מידת ההקשחה הנדרשת למחשב: ☐ מלאה ☐ חלקית ☐ ללא הקשחה
נמק את הצורך במכשיר המומלץ ותרומתו לתפקוד התקשורתי של הפונה:

10) האם עבר הערכת נגישות למחשב תקשורת או פלט קולי על ידי מרפא/ה בעיסוק?
☐ כן ☐ לא

משך תקופת הניסיון עם המכשיר:

11) האם התקיימה תקופת התנסות עם המכשיר? ☐ כן ☐ לא

12) משך תקופת ההתנסות: מתאריך: עד:

13) השימוש במכשיר הוא על בסיס יומיומי? ☐ כן ☐ לא
פרט:

טופס מס' 550.09-02	נוהלי שיקום וניידות	עמוד 6 מתוך 8 עמודים
טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה	תאריך תוקף 06/04/2025	

14) ☐ 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 בלבד), יש לצרף המלצה של מרפא בעיסוק.

15) האם המכשיר עונה על צרכיו התקשורתיים של הפונה? ☐ כן ☐ לא
פרט) לדוגמא: מבטא צרכים פיזיים ובקשות, משתתף בהחלטות, משתתף בשיחה, שואל שאלות, מספר סיפור:

16) אביזרי הנגישות מתאימים לצרכיו ומאפשרים שימוש יעיל? ☐ כן ☐ לא
פרט :

17) האם ישנם קשיים התנהגותיים שיכולים להשפיע על השימוש במכשיר? ☐ כן ☐ לא
פרט :

18) האם צפויים שינויים במצבו הרפואי/התפקודי/או אחר של הפונה בתקופה הקרובה
☐ כן ☐ לא
פרט :

19) הגורם המקצועי המלווה את המשתמש בשימוש במכשיר:

שם:	מקצוע:
טל:	מייל:

20) 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:

פרטי קלינאית/ התקשורת הממליץ

14/07/2025

פניה לבקשת תתח קבועה - כללית

טופס מס' 550.09-02	נוהלי שיקום וניידות	עמוד 7 מתוך 8 עמודים
טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה		תאריך תוקף 06/04/2025

(במקרה של התאמה למבוגר ללא פגיעה קוגניטיבית או פגיעה בתפקודי שפה כתובה ניתן לקבל המלצה של מרפא בעיסוק)	
שם פרטי ומשפחה:	תעודת זהות(חובה)
מספר תעודת מקצוע	וותק מקצועי
ניסיון מקצועי בשימוש בטכנולוגיות תת"ח	
פרטי התקשרות	
טלפון	מייל
פרטי המסגרת הטיפולית או המכרז בו בוצעה ההתאמה וההמלצה:	
☐ מסגרת ציבורית	☐ מסגרת פרטית
כתובת	
טלפון	
מייל	
חתימת קלינאי התקשורת	
חותמת	מספר תעודת מקצוע
אם נדרשים אביזרי נגישות	
שם מרפא/ה בעיסוק שביצע את ההתאמה:	מספר תעודת מקצוע:
חתימה	חותמת

לצורך השלמת ההתנסות יש לצרף את המסמכים הבאים: בקשה שלא תתקבל כמפורט לא תטופל

14/07/2025

פניה לבקשת תתח קבועה - כללית

טופס מס' 550.09-02	נוהלי שיקום וניידות	עמוד 8 מתוך 8 עמודים
טופס המלצה (קווים מנחים) לגורם הממליץ בקהילה	תאריך תוקף 06/04/2025	

1. מסמך זה
2. דו"ח הערכת תפקודי שפה, דיבור ותקשורת הכולל פירוט השימוש במכשיר המבוקש
3. מסמך רפואי (במידה וטרם הועבר)

אני המטופל/ בן המשפחה (יש לסמן) מאשר/ת בזאת להעביר את הטופס ואת המידע הרפואי הרלוונטי לידי כללית הנדסה רפואית, לצורך בחינה ואישור קליני של הבקשה.

שם _____ תאריך _____ חתימה _____