מכבי
שירותי הבריאות הטובים בישראל

בקשה לאישור מכשיר משעל (COUGH ASSIST) - בתוקף מ-1.1.14

פרטים אישיים:

שם משפחה:	שם פרטי:	ת.ז:	תאריך לידה:

מידע רפואי:

1. **אבחנה רפואית רלוונטית:** _____

2. **במדידות שנערכו לחולה:**

ערך PCF (Peak Cough Flow) בלא טפול (כמפורט בסעיף 5) _____

ועם טפול (כמפורט בסעיף 5) _____

ערך MEP (Maximal Expiratory Force) בלא טפול (כמפורט בסעיף 5) _____

3. **האם הליקוי במנגנון השיעול נובע מבעיה ב:**

- ☐ שרירים שאיפתיים
- ☐ שרירים נשיפתיים
- ☐ סגירת מיתרי הקול

4. **האם ידוע על בעיה ב:**

- ☐ מנגנון הבליעה
- ☐ מיתרי הקול

5. **אופציות טיפוליות שנוסו עד כה:**

- ☐ ASC (טכניקת שעול עם לחיצה ידנית מסייעת)
- ☐ MIC (טכניקת שיעול שנעזרת באמבו למילוי הראות)

6. **האם סבל מדלקת ראות פעמיים או יותר במהלך השנה האחרונה בשל קושי בפינוי הפרשות מדרכי הנשימה?**

☐ כן ☐ לא

7. **משך זמן הטפול המשוער במכשיר משעל:**

- ☐ כ-3 חודשים
- ☐ כ-ששה חודשים
- ☐ כשנה
- ☐ לצמיתות

לפני כל חידוש התחייבות, יש להביא המלצה רפואית עדכנית מרופא ראות / שיקום נשימתי להמשך שימוש במשעל.

לשימוש הרופא:

תאריך:	שם הרופא וחתימה:	התמחות: