

**פניה לבקשת אישור קבוע למערכת תקשורת תומכת וחלופית (ב')
למילוי על ידי הממליץ בקהילה בלבד**

תאריך: _____

פרטי איש המקצוע הממלא את טופס הפניה:

שם מלא: _____ מקצוע: _____ מספר רישוי _____

נייד: _____ מייל: _____

מצב משפחתי	גיל	תאריך לידה	שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	פרטי הפונה (מבקש התת"ח)
יישוב		קומה/דירה	מספר בית	רחוב		כתובת
מייל		טלפון	קרבה	שם מלא		פרטי איש קשר מלווה
מייל		טלפון	קרבה	שם מלא		פרטי איש קשר מלווה (אופציונאלי)
			שפה:		מטפל: כן\לא	פרטים נוספים

רקע * מטופל שהוגשה עבורו בקשה להתנסות טרם בקשה לאישור קבוע אינו צריך למלא חלק זה						
אבחנה רפואית (יש לצרף אישור רפואי):						
רקע רפואי נוסף:						
מצב נשימה: האם מונשם: כן \ לא						
מצב ראיה:						
מצב שמיעה:						
מצב קוגניטיבי:						
שותפים למגורים:						
<table border="1"> <tr> <td>ניידות:</td> <td rowspan="4">יכולות תנועה</td> </tr> <tr> <td>גפיים עליונות:</td> </tr> <tr> <td>גפיים תחתונות:</td> </tr> <tr> <td>תנועות ראש:</td> </tr> </table>	ניידות:	יכולות תנועה	גפיים עליונות:	גפיים תחתונות:	תנועות ראש:	
ניידות:	יכולות תנועה					
גפיים עליונות:						
גפיים תחתונות:						
תנועות ראש:						

תקשורת * מטופל שהוגשה עבורו בקשה להתנסות טרם בקשה לאישור קבוע אינו צריך למלא חלק זה	
האם יש מגבלה בדיבור? כן \ לא, פרט:	
כיצד נעשית התקשורת כיום:	
ניסיון קודם בתת"ח:	

**פניה לבקשת אישור קבוע למערכת תקשורת תומכת וחלופית (ב')
למילוי על ידי הממליץ בקהילה בלבד**

מידע על תפקודו של הפונה במהלך תקופת ההתנסות

ההתנסות בוצעה במסגרת שיקומית / טיפולית / חינוכית/ביתית : _____

תפקוד תקשורתי ושפתי:

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. ☐ 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?
א. ☐ בני משפחה מטפלים קרובים בלבד
ב. ☐ צוות חינוכי/ טיפולי
ג. ☐ אחרים: _____

6. הסמלה: איזו סוג הסמלה הפונה מזהה? סמנו את כל סוגי הסמלים:
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: _____

פניה לבקשת אישור קבוע למערכת תקשורת תומכת וחלופית (ב')
למילוי על ידי הממליץ בקהילה בלבד

7. האם 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 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 כיסא גלגלים ממונע תוך שימוש במתגים או ג'ויסטיק
 ציין את מערכת ההפעלה של כיסא הגלגלים ומיקומה: _____
 ד. ☐ אינו עצמאי, ישוב בכיסא גלגלים
 ה. ☐ מרותק למיטה

הערות: _____

2. היד הדומיננטית: ☐ ימין ☐ שמאל

- א. תאר את היכולות התפקודיות ביד ימין
☐ תפקוד מלא ☐ תפקוד חלקי טוב ☐ תפקוד מוגבל ☐ תפקוד מוגבל מאוד ☐ חוסר תפקוד
- ב. תאר את היכולות התפקודיות ביד שמאל
☐ תפקוד מלא ☐ תפקוד חלקי טוב ☐ תפקוד מוגבל ☐ תפקוד מוגבל מאוד ☐ חוסר תפקוד
- ג. תאר את היכולות התפקודיות, רצונית וקבועה באצבע אחת או יותר ביד ימין
☐ תפקוד מלא ☐ תפקוד חלקי טוב ☐ תפקוד מוגבל ☐ תפקוד מוגבל מאוד ☐ חוסר תפקוד
- ד. תאר את היכולות התפקודיות, רצונית וקבועה באצבע אחת או יותר ביד שמאל
☐ תפקוד מלא ☐ תפקוד חלקי טוב ☐ תפקוד מוגבל ☐ תפקוד מוגבל מאוד ☐ חוסר תפקוד

**פניה לבקשת אישור קבוע למערכת תקשורת תומכת וחלופית (ב')
למילוי על ידי הממליץ בקהילה בלבד**

3. 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

4. האם יכול להפעיל מתגים? ☐ כן ☐ לא

באיזה אופן מפעיל את המתגים (לפרט איבר ספציפי)

השימוש במכשיר הוא על בסיס יומיומי ☐ כן ☐ לא

פרט:

השימוש במכשיר נעשה:

במסגרת החינוכית בכיתת הלימוד/ מחוץ לכיתת הלימוד/ במסגרת שיקומית/טיפולית/בחוגים/בבילוי/ במסגרות

חברתיות / בעבודה/ במסגרת הבית/ אחר:

האם ניתנה הדרכה לשימוש במכשיר לשותפי תקשורת? ☐ כן ☐ לא

אם כן, למי?

הורים: אב/ אם/בן/ת זוג/ בני משפחה אחרים _____ מטפל סיעודי/ אפטרופוס/ אחר _____

הערות:

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:

פניה לבקשת אישור קבוע למערכת תקשורת תומכת וחלופית (ב')
למילוי על ידי הממליץ בקהילה בלבד

בראות זה הכול
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)

נמק את הצורך במכשיר המומלץ ותרומתו לתפקוד התקשורתי של הפונה:

פרטי קלינאי התקשורת הממליץ:

(בהגשת בקשה עבור מטופל עם מחלה ניוונית ללא פגיעה קוגניטיבית ניתן לקבל המלצה של מרפא בעיסוק)

שם פרטי ומשפחה: _____ תעודת זהות: _____
 ותק מקצועי: _____ מספר רישוי: _____
 טלפון: _____ מייל: _____
 פרטי המסגרת הטיפולית או המרכז בו בוצעה ההתאמה וההמלצה: _____ מסגרת ציבורית/ פרטית

טלפון: _____ כתובת: _____

אם נדרשים אביזרי נגישות שם מרפא בעיסוק שביצע את ההתאמה
 שם מלא: _____ תעודת זהות: _____
 ותק מקצועי: _____ מספר רישוי: _____
 טלפון: _____ מייל: _____

נא לשים לב שצורפו המסמכים הבאים:

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

בקשה שלא תתקבל כמפורט לא תטופל!