

פרטים אישיים

שם מלא

ת.ז. (9 ספרות)

תאריך לידה

אבחנה רפואית רלוונטית לטיפול במשעל

1. אבחנות רפואיות

2. במדידות שנערכו לחולה

ערך PCF (Peak Cough Flow)

3. הליקוי במנגנון השיעול נובע מבעיה ב:

☐ שרירים שאיפתיים
 ☐ שרירים נשיפתיים
 ☐ אחר

4. האם ידוע על בעיה ב:

☐ מנגנון הבליעה
 ☐ מיתרי הקול

5. האם סבלת מדלקת ריאות פעמיים או יותר במהלך השנה האחרונה בשל קושי בפינוי הפרשות מדרכי הנשימה?

☐ כן
 ☐ לא

6. פרמטרים ראשוניים לטיפול:

_____ Insufflation pressure
 _____ Insufflation time
 _____ Exsufflation pressure
 _____ Exsufflation time
 _____ Pause time
 _____ Number of cycles (בחלק מהמכשירים)

7. משך זמן הטיפול המשוער במכשיר משעל:

☐ כשישה חודשים ☐ כשנה

* לפני כל חידוש התחייבות, יש להביא המלצה רפואית עדכנית מרופא/ה ריאות או פיזיותרפיסט/ית מורשה להמשך שימוש במשעל.

תאריך

שם הפיזיותרפיסט/ית המורשה וחתימה

שם רופא/ה ריאות וחתימה