

**טופס בקשה לאישור מכשיר ביתי מסוג HIGH FLOW**

תאריך \_\_\_\_\_

שם המטופל \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_

אינדיקציה רפואית לטיפול:-

\_\_\_\_\_

הילד/ילדה טופל/ה במכשיר ה HIGH FLOW O2 הביתי במשך שבוע במחלקה ונמצא יעיל  
ובטיחותי לקראת שחרורו/ה הביתה. ☐

הורים קיבלו הסבר מצוות המחלקה כיצד להשתמש במכשיר ולמי לפנות במידת הצורך. ☐

באיזה תאריך מוזמן לביקורת ראשונה \_\_\_\_\_

מצ"ב מכתב סכום אשפוז ☐

**הפרמטרים הנחוצים לטיפול במכשיר מצורפים בעמוד הבא (חובה למלא)**

פרטי הרופא מגיש הבקשה

שם: \_\_\_\_\_

מומחיות: \_\_\_\_\_ בית החולים: \_\_\_\_\_

טל' בעבודה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

חותמת:

## הפרמטרים הנחוצים לאספקת מערכת ה- HIGH FLOW

1. ילד / תינוק קנולה Infant / Pediatric

2. FLOW - \_\_\_\_\_ l/m

3. תוספת חמצן כן / לא

4. ספיקת חמצן

\_\_\_\_\_ l/m

Fio2 - \_\_\_\_\_ %

5. שעות הנשמה ביממה \_\_\_\_\_

6. איזה ציוד נלווה נדרש:

מוניטור קרדיאלי/נשימתי, מד סטורציה, מחולל חמצן, בלון חמצן מערכת יניקה

\_\_\_\_\_, (סקשן), אחר \_\_\_\_\_

8. פרטים נוספים של המטופל:

\_\_\_\_\_, כתובת \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, טלפון נייד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, טלפון נייד \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, הורים/אפוטרופוס \_\_\_\_\_

" מרכז אישורים ארצי לטכנולוגיות שאינן תרופתיות "

[mercaztech@mac.org.il](mailto:mercaztech@mac.org.il)