**פרוייקט השאלת כיסאות ממונעים לילדים**

***מטרת הפרוייקט****: השאלת כיסאות גלגלים ממונעים לילדים מכל הארץ לצורך תרגול עד להשגת עצמאות בנסיעה, כדי שיוכלו לקבל אישור ממשרד הבריאות להשתתפות כספית ברכישת כיסא ממונע.*

***מבנה השירות****: השירות כולל* ***הערכה,*** *שבה תיבדקנה יכולות הילד מבחינה מוטורית וקוגניטיבית.* **החלטה** לגבי השאלה ובניית תוכנית השאלה.

***חשוב!! - במקרים בהם במהלך ההערכה הילד יימצא עצמאי בהנעת כיסא ממונע, ימולא דו"ח הממליץ לפנות למשרד הבריאות לקבלת סיוע במימון, ללא תקופת השאלה.***

***במידה שתתקבל החלטה להשאיל כיסא, ההשאלה יכולה להתבצע במספר אופנים:***

* אימון והדרכה עי איש צוות (פיזיוטרפיסט או מרפא בעיסוק) או הורים בקהילה
* אימון במסגרת החינוכית

**תנאי השתתפות בפרוייקט:**

* נגישות של הבית שיאושר על ידי איש מקצוע בביקור בית ומילוי **טופס לאיסוף מידע**.
* נגישות של מסגרת החינוכית שיאושר על ידי איש מקצוע בביקור **בית ומילוי טופס ביקור בית**.
* הערכה של הילד/ילדה בבית חולים אלין (במימון של התחייבות של קופת חולים).
* השאלה אישית עבור הילד, ולא למסגרת חינוכית עבור מספר ילדים.
* חתימה על הסכם השאלה
* השארת צ'ק פקדון של 3500 ₪ שלא ייפדה.
* ההשאלה מוגבלת בזמן, שייקבע מראש בעת ההשאלה- יתקיים מעקב חודשי טלפוני לאורך תקופת ההשאלה.
* דמי שימוש חודשיים- 100 ₪ לחודש.

לשאלות נוספות ניתן לפנות לאסנת ארבל בטלפון: 02-6494304 או בדוא"ל [oarbel@alyn.org](mailto:oarbel@alyn.org), פרטים נוספים ולהורדת טופס מילוי לפניה לתוכנית- [www.alyn.org.il](http://www.alyn.org.il)

בברכה,

נעמי גפן, אסנת ארבל וזהר פילבר

המחלקה לריפוי בעיסוק, בית חולים אלי"ן

# מחלקת ריפוי בעיסוק

# פרוייקט השאלת כיסאות ממונעים –ביקור בית, איסוף נתונים:

תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם הילד/ה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    גיל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון נייד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

קופת חולים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  לשכת בריאות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 אבחנה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם אמא:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם אבא:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מסגרת חינוכית/טיפולית\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם איש הקשר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ דוא"ל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ האם המסגרת מותאמת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*פירוט האבחנה: **חלק זה ימולא על ידי איש מקצוע ממקצועות הבריאות.**

\* אם לילד/ה יש שיתוק מוחין: רמת GMFCS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ רמת MACS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ רמת CFCS:\_\_\_\_\_\_\_\_

\*אם לילד/ה יש פגיעת חוט שדרה: גובה פגיעה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תחושה בגפיים תחתונות: כן / לא

\*אם לילד/ה יש מחלה ניורומוסקולרית:) BROOKE סקלה של גפיים תחתונות):\_\_\_\_\_\_\_\_

VIGNOS: \_\_\_\_\_\_\_\_ (סקלה של גפיים עליונות)

\* **כלי ההערכה והסבר לגבי מילוי רמת תפקוד בכל כלי מפורטים בסוף הטופס**

# סביבה ביתית: בעלות / שכירות

קומת מגורים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מעלית כן/ לא:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מידות פתח המעלית:\_\_\_\_\_\_\_\_

מידות תא המעלית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מעלון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ רמפה:\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מדרגות בכניסה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' חדרים:\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' נפשות בדירה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מדרגות בתוך הבית: כן / לא \_\_\_\_\_ מספר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מסדרון: כן / לא רוחב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם נעשה בעבר התאמת דיור:­­ כן / לא \_\_\_\_\_\_\_\_\_ מתי:\_\_\_\_\_\_\_\_על ידי מי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תחבורה:

רכב: פרטי / סטיישן / VAN / JEEP דגם הרכב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עזרים: מסילות / מעלון / מנוף / TURNY/ אחר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ישיבה ברכב: מושב הרכב / מושב בטיחות/ עגלת דחיפה/ כיסא גלגלים ידני / כיסא ממונע / שכיבה / אחר:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# מידות בישיבה:

מערכת הושבה קיימת: טיולון / כ"ג שימוש במנגנון הטיית גב (ריקליין) כן/לא שימוש במנגנון הטיית מושב כן/לא

עגלת דחיפה/ כיסא גלגלים ידני דגם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מידות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רוחב המושב : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עומק המושב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ אורך שוק:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אורך גב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  יד דומיננטית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם יש השערה לגבי צורת הפעלה (גויסטיק, מתגים)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם יש ניסיון עם מחשב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אם כן כיצד מפעיל את המחשב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# ניידות בבית:

הליכה: ללא אביזרי עזר / עם אביזרי עזר פרט:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שימוש בעגלת דחיפה/ כיסא גלגלים ידני

# ניידות מחוץ לבית:

הליכה: ללא אביזרי עזר / עם אביזרי עזר פרט:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עגלת דחיפה/ כיסא גלגלים ידני

# מעברים:

עצמאי מכ"ג: מקדימה / מהצד / דרך הרגליים / שימוש באביזרי עזר סוג:\_\_\_\_\_\_\_\_

צורך בעזרה: רבה / בינונית / קלה / השגחה

האם לדעתך הבית מותאם לשימוש בכ"ג ממונע?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם יש בבית מכשולים העלולים להקשות על שימוש בכ"ג ממונע?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם של עורך ביקור הבית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקצוע: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר רישיון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר טלפון של עורך ביקור הבית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**לתשומת לבכם:**

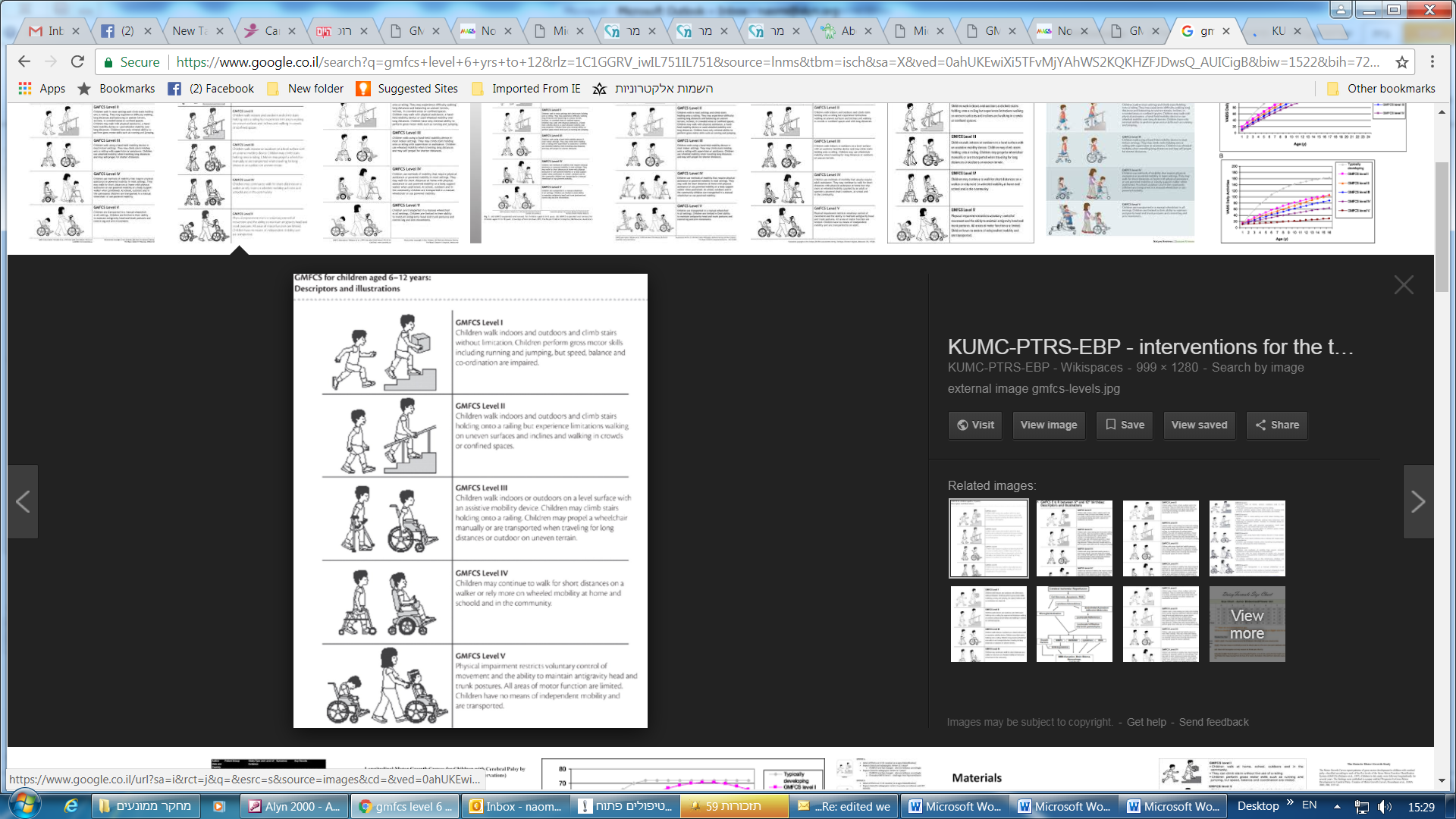
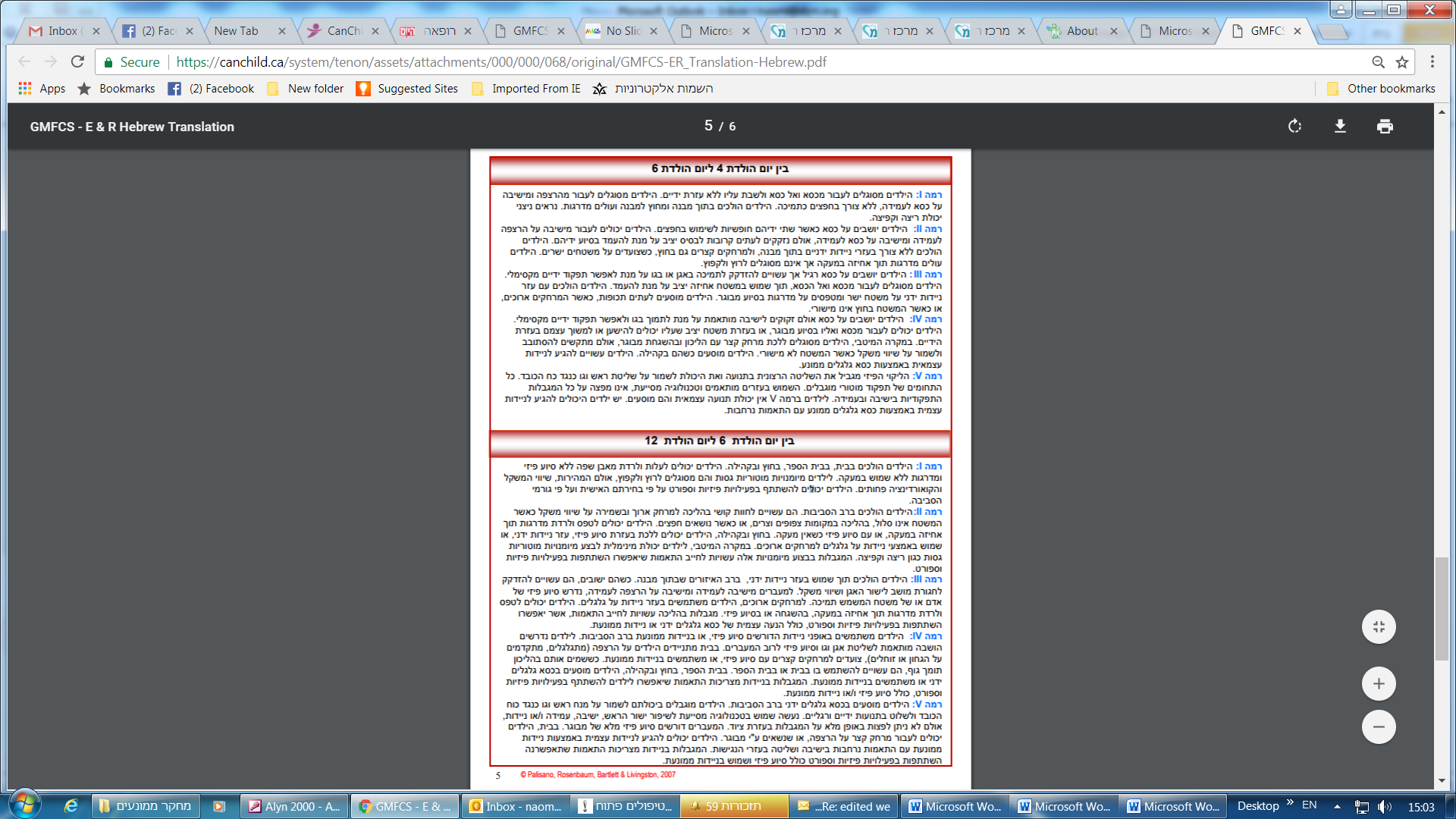
**במידה והטופס המלא או כל חומר נלווה אחר (תמונות / סרטונים / דוחות ממסגרות אחרות) – נשלח בדוא"ל או באמצעי אחר דרך רשת האינטרנט, יש לקרוא ולחתום בתחתית הפסקה הבאה:**

*ביה"ח אלי"ן מיישם מנגנוני אבטחת מידע מהמתקדמים בעולם על אמצעי המחשוב הפנימיים שלו. לביה"ח אין יכולת שליטה או בקרה על אבטחת המידע ו/או על פרטיות המידע של מידע הנשלח אליו ממקורות חיצוניים לארגון. ידוע לי שהעברת מידע באמצעות דואר אלקטרוני, באמצעות אתרי שיתוף קבצים או בכל אמצעי אחר הפועל דרך רשת האינטרנט הציבורית – עשויה להתבצע באופן בלתי מוגן, ולכן קיים סיכוי שמידע שיועבר באמצעותה ייחשף בחלקו או במלואו לגורם שלישי – בין אם ספק שירות לגיטימי, ובין אם גורם בלתי לגיטימי אחר.*

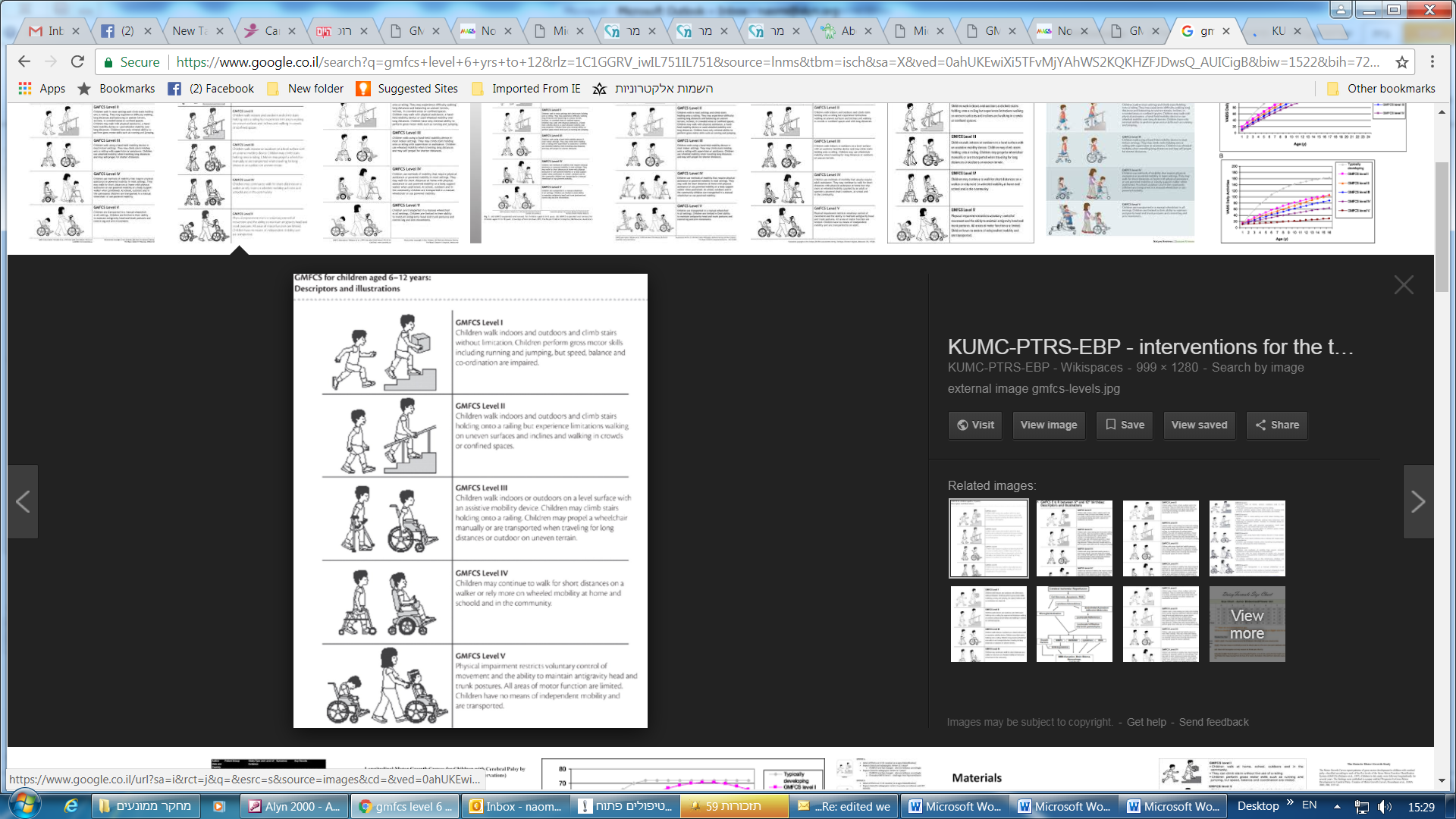
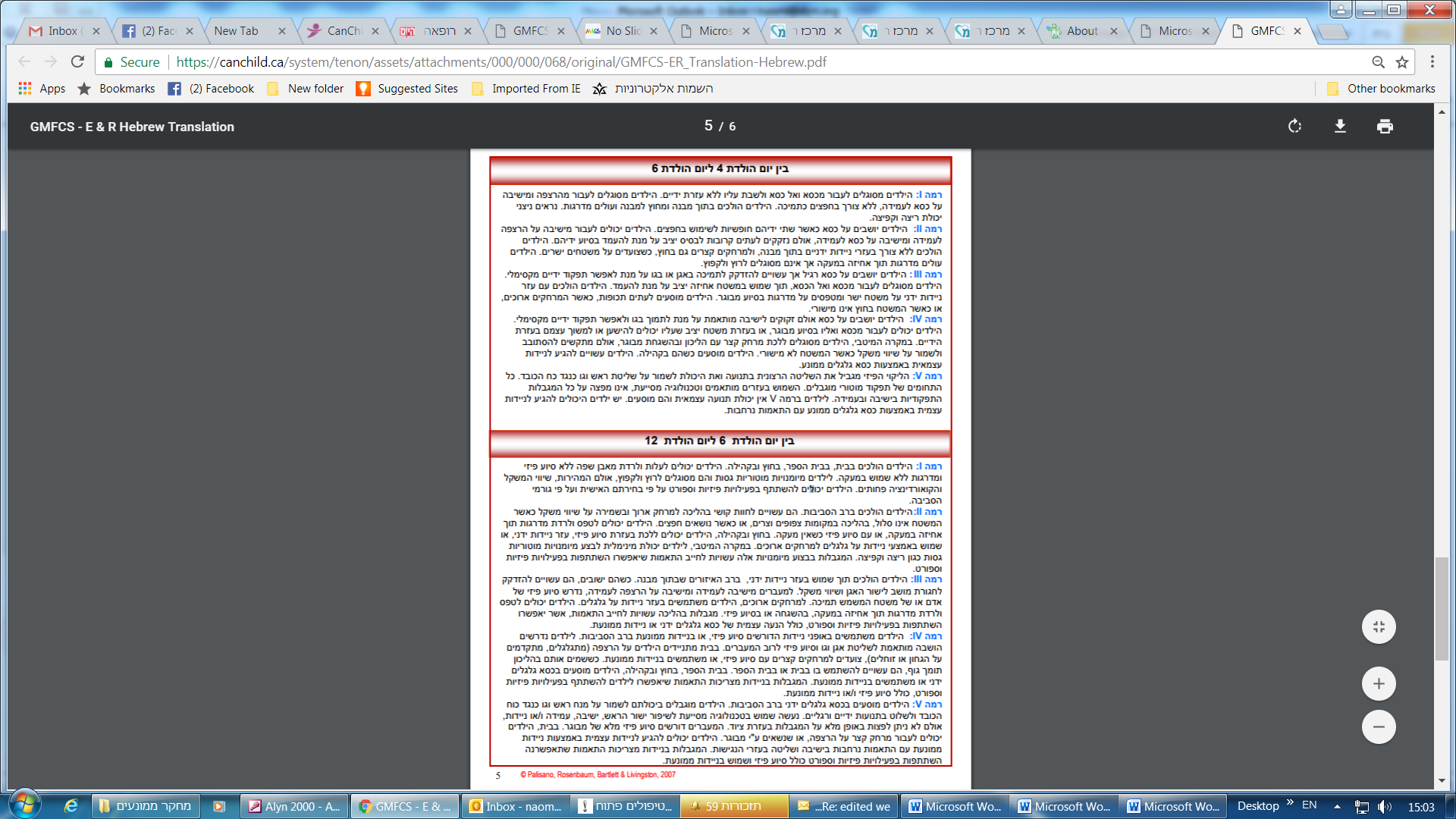
אני מאשר שקראתי והבנתי את הרשום: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם מלא תאריך חתימה

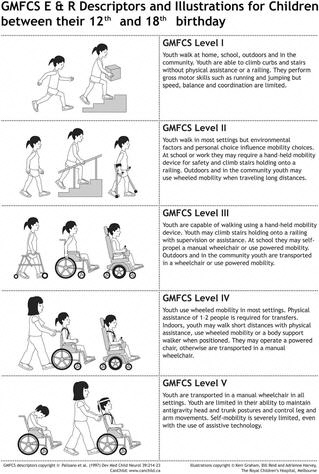
סקלה GMFCS גילאי 4-6 שנים,



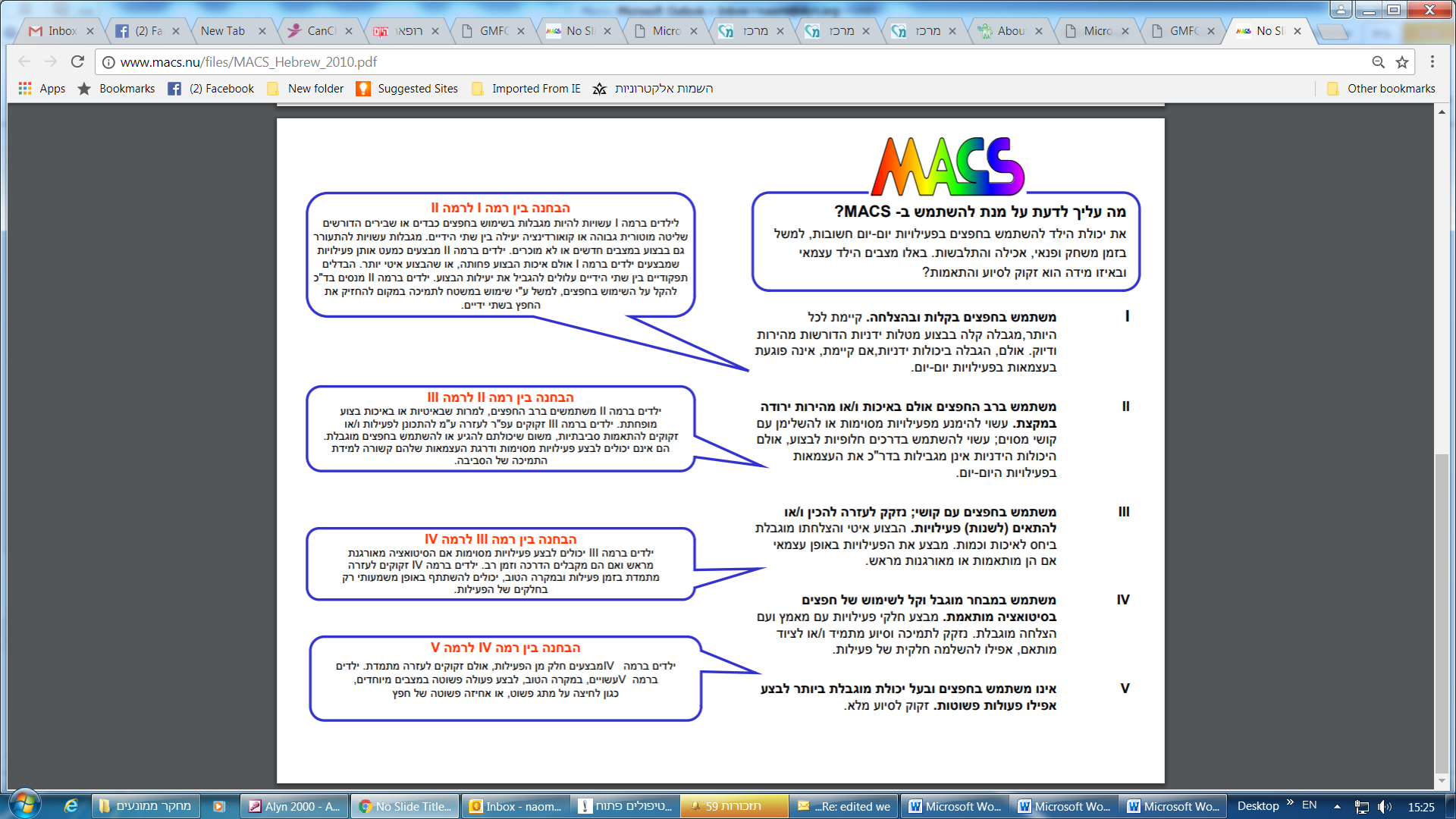
סקלה GMFCS לגילאי 6-12 שנים



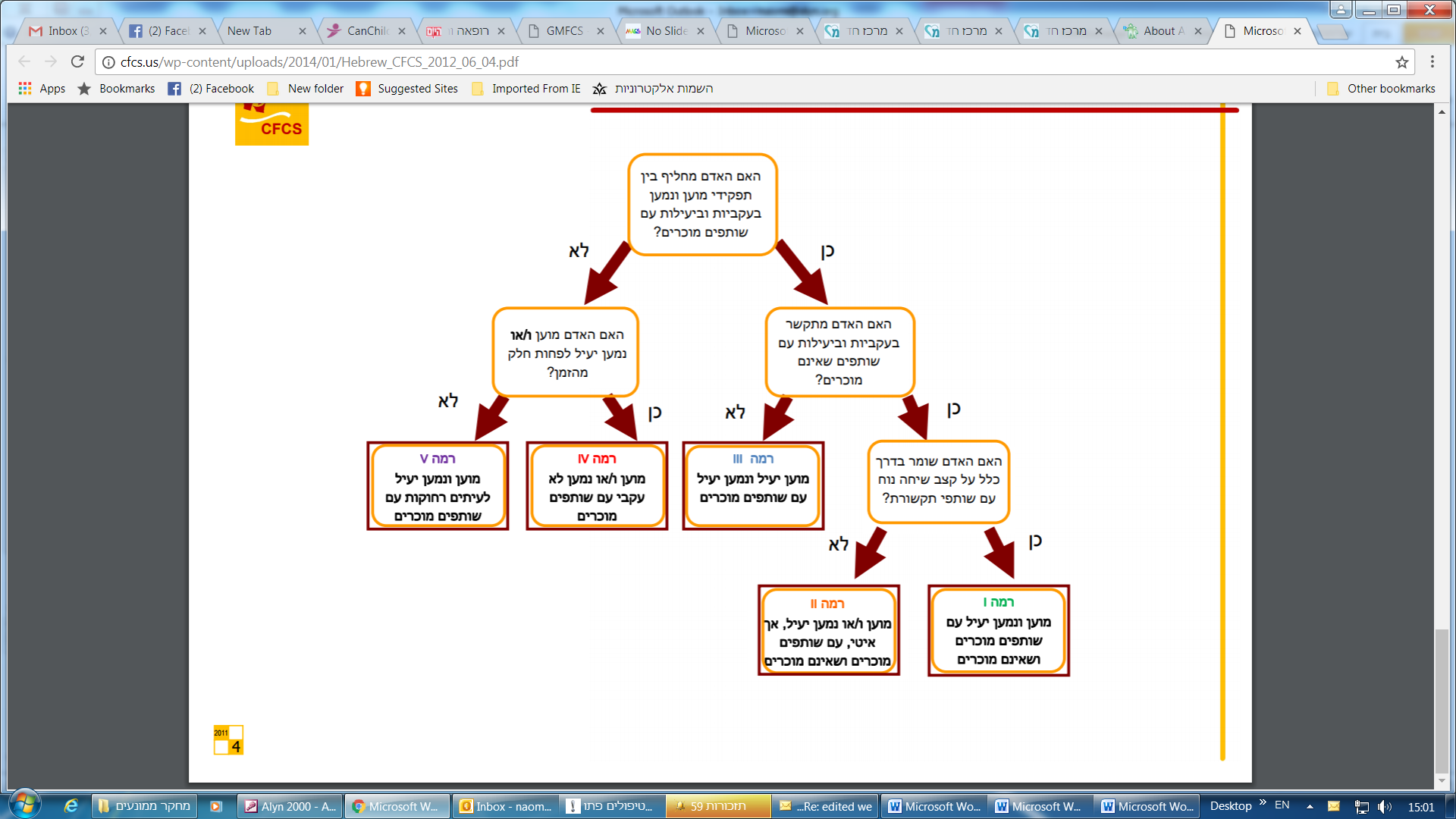
סקלת GMFCS גילאי 12-18 שנים



סקלה MACS לתפקוד גפיים עליונות



סקלה Communication Function Classification Scale



Appendix XII- Brooke Upper Limb Function Scale

|  |  |
| --- | --- |
| Start with arms at sides. Patient abducts arms in full circle until they touch above head | 1 |
| Raise arms above head only by flexing elbow or using accessory movements | 2 |
| Cannot raise hands above head but can raise 226 gr glass of water to mouth with 2 hands | 3 |
| Can raise hands to mouth but not raise cup of water to mouth | 4 |
| Cannot raise hand to mouth but can use hands to hold penqpick up pennies from table | 5 |
| Cannot raise hand to mouth and has no useful function of hands | 6 |

Appendix XIII- Vignos Lower Limb Function Scale

|  |  |
| --- | --- |
| Grade | Description |
| 1 | Walks and climbs stairs without assistance |
| 2 | Walks and climbs stairs with aid of railing |
| 3 | Walks and climbs stairs slowly with aid of railing (over 25 seconds for eight standard steps) |
| 4 | Walks unassisted and rises from chair but cannot climb stairs |
| 5 | Walks unassisted but cannot rise from chair or climb stairs |
| 6 | Walks only with assistance or walks independently with long leg braces |
| 7 | Walks in long leg braces but requires assistance for balance |
| 8 | Stands in long leg braces but anable to walk even with assistance |
| 9 | Is in wheelchair |
| 10 | Is confined to a bed |