



שירותי הבריאות הטובים בישראל

בקשה לאישור מכשיר משעל (COUGH ASSIST)

- שם החבר: _____ ת.ז.: _____ שנת לידה: _____
1. אבחנה רפואית רלוונטית לטיפול במשעל:
אבחנות רפואיות נוספות _____
2. במדידות שנערכו לחולה:
ערך PCF (Peak Cough Flow) _____
3. האם הליקוי במנגנון השיעול נובע מבעיה ב:
 שרירים שאיפתיים
 שרירים נשיפתיים
 אחר
4. האם ידוע על בעיה ב:
 מנגנון הבליעה
 מיתרי הקול
5. האם סבל מדלקת ראות פעמיים או יותר במהלך השנה האחרונה בשל
קושי בפינוי הפרשות מדרכי הנשימה **כן/לא**
6. פרמטרים ראשוניים לטיפול:
7. _____ Insufflation pressure
_____ Insufflation time
_____ Exsufflation pressure
_____ Exsufflation time
_____ Pause time
_____ Number of cycles (בחלק מהמכשירים)
8. משך זמן הטפול המשוער במכשיר משעל
 כשעה חודשים
 כשנה

- לפני כל חידוש התחייבות, יש להביא המלצה רפואית עדכנית מרופא ראות / פיזיותרפיסט מורשה להמשך שימוש במשעל.

תאריך: _____

שם הפיזיותרפיסט המורשה וחתימה

שם רופא הראות וחתימה:
