

חוזר מס' 5/2016

ירושלים, י"ד אדר א, תשע"ו  
23 פברואר, 2016

אל: מנהלי בתי החולים  
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים

הנדון: התאמה, המלצה ואספקה של מכשירי שמיעה ועזרי שמיעה לתינוקות, לילדים ולנוער

## 1. רקע

הליך התאמת מכשירי שמיעה לתינוקות, פעוטות, ילדים ונוער (מי שטרם מלאו לו 18 שנים) (להלן – ילד או ילדים) הינו הליך מורכב המשולב בתהליך השיקומי הכולל של הילד. התאמת מכשירי שמיעה ועזרי שמיעה לילדים הינה שלב ראשון בתהליך השיקום של ילדים עם לקות שמיעה ונדרשת תכנית התערבות מקיפה לצורך פיתוח כישורי שמיעה, תקשורת, שפה, דיבור ולמידה.

## 2. מטרה

קביעת הליך מסודר, שיטתי ואחיד להתאמה, להמלצה ולאספקה של מכשירי שמיעה ועזרי שמיעה לילדים עם לקות בשמיעה.

## 3. הגדרות

3.1. "אוכלוסייה זכאית" – ילדים עם לקות שמיעה שמחייבת שיקום בעזרת מכשירי שמיעה ו/או עזרי שמיעה.

3.2. "מרכזי שיקום/טיפול" - מרכזי שיקום וטיפול לילדים ונוער עם לקות שמיעה בהם פועל מערך משקם המספק תוכנית התערבות כוללת, המורכבת מיחידה להתאמת מכשירי שמיעה וצוות משקם רב-מקצועי כגון: קלינאי תקשורת, עובדי הוראה, עובד סוציאלי, ובעלי מקצועות בריאות נוספים בהתאם לצורך.

3.3. "קלינאי תקשורת מתאים וממליץ על מכשירי שמיעה ומערכות FM אישיות"

קלינאי תקשורת בעל תעודת מקצוע ממשרד הבריאות, העוסק בשיקום שמיעה בילדים ובעל ניסיון בתחום התאמת מכשירי שמיעה לילדים, כמפורט להלן:

3.3.1. מתאים וממליץ לילדים עד גיל 6: קלינאי תקשורת, בעל ניסיון של 5 שנים לפחות בתחום התאמת מכשירי שמיעה, מתוכן שנתיים ניסיון לפחות בתחום של התאמה לגיל הרך, תחת הדרכה.

3.3.2. מתאים וממליץ לילדים מגיל 6 ועד 18 שנים: קלינאי תקשורת בעל ניסיון של שנתיים לפחות בתחום התאמת מכשירי שמיעה. מתוכן שנת ניסיון אחת לפחות תחת הדרכה בתחום של התאמת מכשירי שמיעה לילדים.

3.3.3. מתאים וממליץ על מערכת FM אישית בלבד, לילדים מגיל 6 ועד 18 שנים יהיה בעל ניסיון של שנתיים לפחות בתחום שיקום ילדים עם לקות שמיעה.

• הדרכה כאמור תינתן על ידי קלינאי תקשורת בעל ניסיון של 5 שנים לפחות בתחום התאמת מכשירי שמיעה לילדים.

3.4. ”מכון שמיעה מיומן בשיקום שמיעה” – מכון העוסק בהתאמת מכשירי שמיעה לילדים.

3.4.1. ”מכון שמיעה מיומן בשיקום שמיעה עד גיל 6 שנים”: מכון שמיעה במרכז שיקום או במרכז רפואי בו מתבצע אבחון שמיעה אוביקטיבי ו/או התנהגותי/סוביקטיבי לתינוקות וילדים בגיל הרך, ובו מועסק קלינאי תקשורת אשר מתאים וממליץ על מכשירי שמיעה לילדים עד גיל 6.

3.4.2. ”מכון שמיעה מיומן בשיקום שמיעה לילדים מעל גיל 6”: כל מכון שמיעה המועסק בו קלינאי תקשורת המתאים וממליץ לילדים מגיל 6-18 מכשירי שמיעה.

3.5. ”מכשיר שמיעה בהולכת אוויר או בהולכת עצם”

ציוד עזר תחושת (סנסורי או טקטילי) דיגיטלי שמגביר באופן סלקטיבי את עוצמת הקול ונועד לאפשר לאנשים בעלי לקות שמיעה נגישות טובה יותר לצלילים ולדיבור. מכשירי השמיעה קולט צלילים מהסביבה באמצעות מיקרופון. במכשיר מתקיימים תהליכים בסיסיים שכוללים: הגברה, סינון, דחיסה והגבלה של הפלט האקוסטי. כמו כן מתקיימים בו תהליכים מתקדמים כתלות במכשיר כגון: הנחת רעש, מיקרופונים כיווניים, הנחתה של פידבק אקוסטי, הנמכת תדרים. העברת האותות אל האוזן מתבצעת בהולכת אוויר או בהולכת עצם.

3.6. ”מערכת F.M אישית”

מערכת אלחוטית בעלת טכנולוגיות מתקדמות להעברת צליל, שנועדה לשפר את נגישות השמיעה לאדם עם לקות שמיעה, בסביבות אקוסטיות מורכבות, שבהן יחסי הדיבור/רעש אינם מיטביים, האקוסטיקה גרועה, קיים הדהוד מהקירות או מהתקרה וקיים מרחק מהדובר.

מערכת F.M מורכבת לרוב משני חלקים:

- א. משדר - מערכת הכוללת מיקרופון המשדר לילד את הדיבור ישירות מהדובר.
- ב. מקלט - מערכת הקולטת את הדיבור ומעבירה אותו לעזר השמיעתי, לאוזנו של הילד ישירות או לסביבת הילד.

4. תהליך התאמה ובחירת מכשירי השמיעה ועזרי השמיעה

4.1. הפנייה לשיקום שמיעתי:

4.1.1. רופא בעל מומחיות באף אוזן וגרון יבדוק ילדים עם ליקוי בשמיעה או חשד לליקוי, טרם הפנייתם לשיקום שמיעתי כולל על ידי קלינאי תקשורת.

4.1.2. הסיכום הרפואי של הרופא הבודק יכלול את ממצאי הבדיקה האוטוסקופית וכן שאין התווית נגד לשימוש במכשירי שמיעה.

- 4.2. הליך אבחון השמיעה לפני התאמה והמלצה של מכשירי השמיעה:  
לפני התאמת מכשירי השמיעה יבוצע אבחון שמיעה תואם גיל על פי המפורט בנספח א לחוזר זה.
- 4.3. בחירת והתאמת המכשירים  
בחירת המכשירים המתאימים עבור הילד תעשה ע"י קלינאי תקשורת מתאים וממליץ, ותינתן במצבים הבאים:
- 4.3.1. הירידה בשמיעה תהיה דו צדית או חד צדית וחומרת הירידה בשמיעה מעל 20 dB.
- 4.3.2. רמת הלכות בשמיעה תקבע על פי ממוצע התדרים 4,000, 2,000, 1,000, 500 Hz.
- 4.3.3. במקרים בהם הלכות אינה תואמת את המפורט לעיל, הצורך בהתאמת הטכנולוגיה יקבע בהתאם לשיקול דעתו של קלינאי התקשורת כדוגמת:
- א. ירידה בשמיעה בתדר גבוה (High Tone Loss).
- ב. ירידה בשמיעה בתדר נמוך (Low Tone Loss).
- ג. ירידה בשמיעה בתדרים מרכזיים בצורת U – (Ushape).
- 4.4. מקום ההתאמה וההמלצה:
- 4.4.1. ילדים עד גיל 6: עם לקות שמיעה יופנו באחריות המבטח למרכזי שיקום ייעודיים. ההתאמה וההמלצה יתבצעו במרכזי שיקום אלה. נכון להוצאת חוזר זה מוכרים: מיחא, שמע קולנו, שמעיה, שמע, עמותת AV ישראל.
- רשימה זו תעודכן מעת לעת ותפורסם באתר משרד הבריאות.
- ההתאמה וההמלצה יכולה להתבצע גם במכוני שמיעה במרכזים הרפואיים (כמפורט בסעיף 3.4 לעיל), במקרים אלו מומלץ כי התהליך יעשה בשיתוף ויידוע קלינאי התקשורת המטפל בילד.
- 4.4.2. מגיל 6 ומעלה: ההתאמה וההמלצה יתבצעו במרכזי שיקום או במכוני שמיעה מיומנים בשיקום שמיעה (כמופיע בסעיף 3.3.2).
- 4.5. התאמת המכשירים  
התאמת מכשירי שמיעה תיערך במפגש, בין קלינאי תקשורת המתאים והממליץ לבין הילד עם לקות השמיעה והוריו, בהתאם ליכולת שיתוף הפעולה של הילד ומשך הזמן הנדרש כמפורט בנספח ב.
- עם סיום תהליך התאמת המכשירים, תופנה המשפחה על ידי הקלינאי המתאים והממליץ לספק מכשירי השמיעה לקבלת מכשיר לתקופת ניסיון. ההפניה תכלול מפרט מדויק של מכשירי השמיעה ו/או מכשירי ה-F.M המומלצים.
- 4.6. תקופת ניסיון עם המכשירים  
4.6.1. מכשירי השמיעה שנמצאו מתאימים ימסרו לילד (להורה) ע"י הספק, לתקופת ניסיון בת ארבעה שבועות לפחות, בהתאם לצרכיו של הילד. מומלץ כי במהלך תקופת הניסיון יבוצעו על ידי הקלינאי המתאים והממליץ, בדיקות הרווח התפקודי עם המכשירים.

4.6.2. שינויים בכיוון המכשירים יבוצעו על ידי קלינאי התקשורת המתאים והממליץ כנדרש, בהתאם לתגובות המתקבלות בבדיקות אלה, ובהתאם להתרשמות קלינאי התקשורת המטפל וההורים.

4.6.3. בתום תקופת הניסיון יקבע קלינאי התקשורת המתאים והממליץ האם המכשירים עונים על הצרכים, או שיש להמשיך בתהליך להתאמת מכשירים אחרים.

4.6.4. לא ייגבה כל תשלום מכל סוג שהוא עבור המכשיר והשימוש בו בתקופת הניסיון.

4.6.5. מכשירים שאינם מתאימים על פי חוות הדעת המקצועית או לפי רצון המשפחה יוחזרו לא יאוחר מתום תקופת הניסיון.

4.6.6. במקרה שהוחזרו מכשירים עקב אי התאמה יש לבצע הליך התאמה מחדש לילד.

#### 4.7. הגשת בקשה למשרד הבריאות

4.7.1. עם סיום תהליך התאמת המכשירים, ימלא קלינאי התקשורת המתאים והממליץ טופס המלצה בהתאם לנספחים ג' ו-ד' לנוהל זה. ההמלצה תכלול מפרט מדויק של מכשירי השמיעה ו/או מכשיר ה-F.M האישי הנדרשים.

4.7.2. ההמלצה בצירוף כל המסמכים הנדרשים, תועבר על ידי המשפחה אל המחלקה למחלות ממושכות ושיקום בלשכת הבריאות המקומית והיא תטופל בהתאם לחוזר מנהל רפואה 1/2014.

#### 5. תהליך האישור והרכישה

תהליך האישור והרכישה יעשה בהתאם לחוזר מנהל רפואה 1/2014 - נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות של משרד הבריאות ובהתאמה לשינויים הנדרשים.

הנחיות לצורך הגשת בקשה לאישור זכאות להשתתפות משרד הבריאות במימון מכשירי שמיעה ו/או מערכת FM אישית מצורפות בנספח ה' לחוזר זה.

#### 6. מעקב לאחר התאמת המכשירים

6.1. יש לקיים מעקב אחר תפקוד הילד עם מכשירי השמיעה ולבצע כיוונון מתאים (FINE TUNING) של המכשירים בהתאמה לנדרש על פי שינויים בעקבות הגיל ו/או התפקוד.

#### 6.2. תדירות בדיקות המעקב:

6.2.1. מעקב ראשון יתקיים 3 חודשים אחרי סיום ההתאמה.

6.2.2. לילד עד גיל 6: בדיקת המעקב תכלול בדיקת שמיעה וביקורת מכשירים לפחות אחת ל-6 חודשים.

6.2.3. לילד אחרי גיל 6: בדיקת המעקב תכלול בדיקת שמיעה וביקורת מכשירים לפחות פעם בשנה.

6.2.4. הצורך בבדיקות מעקב נוספות יקבע על פי שיקול דעתו של קלינאי התקשורת.

#### 7. אפיוני מכשירי השמיעה בהקשר לחוזר זה

7.1. כל מכשירי השמיעה ועזרי השמיעה שיוספקו חייבים להיות בעלי אישור ציוד רפואי (אמ"ר) הניתן ע"י משרד הבריאות

7.2. אפיוני מכשירי השמיעה ומערכות FM אישיות

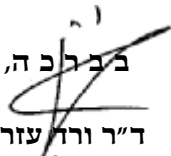
7.2.1. מכשירי השמיעה המותאמים לילד יהיו מכשירים דיגיטליים. רמתם הטכנולוגית של מכשירי השמיעה תקבע בהתאם לחומרת הליקוי השמיעתי, צורת העקומה וצרכיו התקשורתיים הייחודיים של הילד - כל זאת ע"פ שיקול דעתו המקצועית של קלינאי התקשורת המתאים והממליץ.

מאפייני המכשירים שיותאמו לילדים מצוינים בנספח ו' לחוזר זה.

7.2.2. מערכות ה-FM האישיות תהיינה מערכות אלחוטיות דיגיטליות גמישות או מבוססות קישוריות הניתנות לחיבור ישיר למכשירי שמיעה, שתלים, לאוזניות ללא מכשיר או לרמקול אישי ניד.

**הארה:** על קלינאי התקשורת המתאים / ממליץ, חלה חובה להימנע מניגוד עניינים אפשרי בין תפקידו זה לבין כל תפקיד / עבודה אחרת או עניין אישי או מקצועי אחר שיש לו. עבירה על סעיף זה עלולה להוות התנהגות שאינה הולמת קלינאי תקשורת לפי חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

  
ב.ב.ר.ב.ה.  
ד"ר ורד עזרא  
ראש מינהל הרפואה (בפועל)

העתק : שר הבריאות  
המנהל הכללי  
המשנה למנהל הכללי  
הנהלה מורחבת  
מנהלי קופות החולים  
קרפ"ר - צ.ה.ל  
קרפ"ר - שרות בתי הסוהר  
קרפ"ר - משטרת ישראל  
רכז הבריאות, אגף תקציבים - משרד הבריאות  
יו"ר ההסתדרות הרפואית  
יו"ר מועצה מדעית - ההסתדרות הרפואית  
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה  
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי  
ארכיון המדינה  
מנכ"ל חברת ענבל

סימוכין : 11717516

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה וחוזרי  
מנכ"ל היא: - [www.health.gov.il](http://www.health.gov.il)

אבחון שמיעה תואם גיל  
נספח א:

**1. ילדים עד גיל 6**

הליך אבחון השמיעה לצורך המלצה והתאמת מכשירים יתבסס על מדידת ספי שמיעה באמצעות:

1.1. בדיקות אובייקטיביות: (תגובות גזע המוח לגירוי שמיעתי = Auditory Brain-Stem Response/ ABR):

1.1.1. בדיקות ה- ABR: יבוצעו לפחות עד גיל 3 או עד לאפשרות להשגת

בדיקה התנהגותית מלאה ומהימנה בהולכת אויר ועצם לכל אוזן בנפרד. יכללו רישום תגובות לכל אוזן בנפרד לגירויים מסוג נקישה להערכת חביונות הרכיבים וזמן ההולכה בגזע המוח בהולכת אויר וכן הערכת סף לגירויים ייחודיים לתדר. מומלצת בדיקה בתדרים: 4,000, 2,000, 1,000, או בתדרים נוספים כמו 500 Hz לפי שיקול דעתו של קלינאי התקשורת הבדיקות תבצענה בהולכת אויר, ובמידת הצורך, גם בהולכת עצם.

1.1.2. בדיקת טימפנומטריה: להערכת ההיענות האקוסטית של האוזן בכל אוזן בנפרד. עד גיל חצי שנה מומלצת בדיקת טימפנומטריה בתדר 1,000 הרץ.

1.1.3. במקרים בהם עולה חשד ל Auditory Neuropathy Spectrum Disorder מומלץ לבצע גם בדיקת הדים כוכלארים או בדיקת Cochlear Microphonics.

**1.2. בדיקות שמיעה התנהגותיות:**

בדיקות שמיעה התנהגותיות יכללו הערכות ספים התנהגותיים בהתאמה לגיל הנבדק והתפתחותו.

הבדיקות תבצענה עד להשגת בדיקה מהימנה לשיקול דעת קלינאי התקשורת כמפורט להלן:

יש לבצע לפחות את אחת מהבדיקות הבאות:

(1) Behavioral Observation Audiometry / BOA בדיקות שמיעה המבוססות על תצפית בהתנהגות התינוק/הילד כתגובה לגירוי השמיעתי.

(2) Visual Reinforcement Audiometry / VRA בדיקות שמיעה מבוססות על חיזוק ראייתי לתגובה של התינוק/הילד לגירוי השמיעתי.

(3) Conditioned Orienting Response Audiometry / COR בדיקות שמיעה מבוססות התניה כתגובה לגירוי השמיעתי.

הבדיקה ההתנהגותית תבצע בחדר אטום, לכל אוזן בנפרד (רצוי דרך אוזניות Insert המחוברות לאוזניות אישיות). הבדיקה תכלול הערכת סף בצלילים טהורים או לגירויי רעש מסוג Narrow Band בהולכת אויר ובהולכת עצם. בנוסף, תבצע הערכת סף לגירויי דיבור (סף גילוי דיבור, סף זיהוי מילים ומבחן דיסקרימינציה למילים, בהתאם לרמת שיתוף הפעולה של התינוק/הילד.

1.3. בדיקות השמיעה ההתנהגותיות לילדים עד גיל חמש תבוצענה על ידי שני קלינאי תקשורת, כאשר לפחות אחד מהם בעל ניסיון של שנתיים ויותר בתחום בדיקות השמיעה לתינוקות וילדים.

1.4. בגילאים אלה יש חשיבות רבה לקבלת משוב מההורים ומהצוותים המשקמים והחינוכיים.

## 2. ילדים בני 18 - 6 שנים

2.1. הליך אבחון השמיעה לצורך קבלת המלצה והתאמת מכשירי שמיעה יתבסס על בדיקות שמיעה התנהגותיות, כולל בדיקות סף לדיבור ובדיקת דיסקרימינציה למילים בהתאם לשיתוף הפעולה של הילד. במידת הצורך יבוצעו בדיקות שמיעה אובייקטיביות.

2.2. בגילאים אלה יש חשיבות רבה לקבלת משוב מהילד, ממשפחתו ומהצוותים המשקמים והחינוכיים.

2.3. הבדיקות ההתנהגותיות לצורך התאמת מכשירי השמיעה תבוצענה על ידי קלינאי תקשורת, בעל ניסיון של שנתיים לפחות בתחום בדיקות השמיעה לילדים ונוער עד גיל 18 או שתבוצענה תחת הדרכה של קלינאי תקשורת כמוגדר בחוזר זה.

## נספח ב: התאמת מכשירי שמיעה

התאמת מכשירי שמיעה תיערך במפגש, בין קלינאי תקשורת המתאים והממליץ לבין הילד עם לקות השמיעה והוריו, בהתאם ליכולת שיתוף הפעולה של הילד ומשך הזמן הנדרש כמפורט בנספח.

מספר המפגשים הנדרשים להתאמה תלוי בגילו של הילד ובשיתוף הפעולה עימו ויקבע לפי שיקול דעתו של קלינאי התקשורת המתאים והממליץ.

### 1. הליך התאמת המכשירים עד גיל 6 שנים

1.1. מדידות הנפח הממשי של תעלת השמע (REM (Real Ear Measurements). יש לבצע מדידה של נפח תעלת האוזן לצורך התאמה מיטבית של מכשירי השמיעה לאוזני התינוק/הילד. הבדיקה תבצע באמצעות מכשור ייעודי מסוג Real ear measurement system (למשל: Audioscan Verifit) למעט במקרים של מכשירים בהולכת עצם. הבדיקה תכלול חישוב ההפרש בין נפח התעלה הממשי של התינוק/הילד ביחס לנפח מדמה האוזן

(Real Ear to Coupler Difference -RECD (2cc coupler). במידה ולא תתאפשר מדידה באוזן התינוק/ הילד, יש להשתמש בערכי RECD ממוצעים המתאימים לגיל.

בכל מקרה של החלפת אוזניות, יש לבצע בדיקת RECD ולשנות את ההגברה, במידת הצורך.

1.2. חישוב מאפייני ההגברה והפלט המרבי של מכשיר השמיעה יתבסס על אסטרטגיית ההתאמה המקובלת.

1.3. כיוון מכשירי השמיעה יבוצע באמצעות התוכנה הייעודית של יצרן המכשירים.

1.4. יש לוודא התאמת המכשיר, באמצעות המכשור הייעודי Real ear measurement system.

1.5. בדיקת התפקוד עם המכשיר - יש לבצע בדיקות רווח תפקודי (Functional Gain) בחדר אטום, לגירווי דיבור ולצלילים, בהתאם לרמת שיתוף הפעולה של התינוק/הילד.

1.6. על מנת לקבל מידע על התפקוד היומיומי בתנאים טבעיים, יש לשלב את הערכת התפקוד עם המכשירים שהותאמו, בעשייה הטופולית עם התינוק / הילד במרכז השיקום. יש לנסות ולקבל משוב מהמשפחה ומהצוותים המשקמים והחינוכיים.

### 2. הליך התאמת המכשירים בגילאי 6 - 18 שנים

2.1. חישוב מאפייני ההגברה - יתבסס על אסטרטגיית התאמה המקובל.

2.2. כיוון מכשירי השמיעה יעשה באמצעות התוכנה הייעודית של יצרן המכשירים.

2.3. בדיקת התפקוד עם המכשיר - יש לבצע בדיקות רווח תפקודי (Functional Gain) בחדר אטום, לגירווי דיבור ולצלילים בהתאם לרמת שיתוף הפעולה של הילד.

2.4. מומלץ לוודא התאמה מיטבית על פי האסטרטגיה הנבחרת באמצעות המכשור הייעודי / Real ear measurement system.



2.5. על מנת לקבל מידע על התפקוד היומיומי בתנאים טבעיים, יש לשלב את הערכת התפקוד בעזרת המכשירים שהותאמו, בעשייה הטיפולית עם הילד במקום המשקם.

2.6. יש לנסות ולקבל משוב מהילד, ממשפחתו ומהצוותים המשקמים והחינוכיים.

תאריך: \_\_\_\_\_

פרטי קלינאי/ת התקשורת המתאים והממליץ:

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_

מס. תעודת רישוי: \_\_\_\_\_ ותק בתחום מכשירי השמיעה: \_\_\_\_\_

שם המכון / המרכז המשקם / המרכז הרפואי \_\_\_\_\_

כתובת המכון/ המרכז המשקם/ המרכז הרפואי \_\_\_\_\_

המלצה למכשירי שמיעה

1. פרטים אישיים של הילד

שם: (פרטי) \_\_\_\_\_ (משפחה) \_\_\_\_\_

ת.זהות: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

2. המלצה

לנ"ל אובחנה לקות שמיעה: חד- צידית / דו - צידית

מטיפוס: הולכתי / מעורב / תחושת-י- עצבי

רמת לקות השמיעה: אוזן ימין: \_\_\_\_\_ אוזן שמאל: \_\_\_\_\_

תהליך התאמת המכשיר התבסס על: (הקף בעיגול)

1. מדידות RECD ווידוא התאמה על ידי מכשור יעודי (REM System).

2. הרווח התפקודי (FUNCTIONAL GAIN) בחדר בדיקה, כולל בדיקות דיבור רלוונטיות

3. הערכת התפקוד עם המכשירים בסביבה טבעית.

מומלץ לנ"ל להרכיב מכשיר שמיעה: בשתי האוזניים / באוזן אחת

עפ"י הפירוט הבא:

| אוזן | תצורה | שם המכשיר | הערות |
|------|-------|-----------|-------|
| ימין |       |           |       |
| שמאל |       |           |       |

המשפחה קיבלה הסבר להמלצות שניתנו כן / לא

ניתנה רשימת ספקים למכשירי שמיעה כן / לא

הערות: \_\_\_\_\_

חותמת ומספר תעודת מקצוע

שם וחתימת קלינאי/ת התקשורת

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

פרטי קלינאית/ת התקשורת המתאים והממליץ:

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_

מס. תעודת רישוי: \_\_\_\_\_ ותק בתחום מכשירי השמיעה: \_\_\_\_\_

שם המכון / המרכז המשקם / המרכז הרפואי: \_\_\_\_\_

כתובת המכון/ המרכז המשקם/ המרכז הרפואי: \_\_\_\_\_

פרטים אישיים של הילד:

שם: (פרטי) \_\_\_\_\_ (משפחה): \_\_\_\_\_

ת.ז.הות: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

רקע- מאפייני הסביבה החינוכית וצרכי הילד

1. האם נמצא במסגרת חינוכית כן/ לא

2. במידה ונמצא במסגרת חינוכית, האם משולב בכיתה קטנה/ בכיתה רגילה

3. האם קיימת כיתת אם קבועה כן / לא

4. האם כיתת האם מונגשת (התאמה אקוסטית) כן / לא

5. האם הכיתה המונגשת כוללת מערכת FM כיתתית- סביבתית כן / לא

6. במידה וכן, אנא פרט מדוע נדרשת גם מערכת FM אישית :

7. האם קיימים צרכים אישיים אחרים התומכים בשימוש במערכת FM אישית : כן / לא

8. מידת הצורך של הילד בתיווך אדם מבוגר במהלך השעות שמעבר למסגרת החינוכית:

9. הגורם המלווה את הטמעת מערכת ה- FM האישית במסגרת החינוכית:

10. במידה ואינו משולב עדיין במסגרת חינוכית פרט מדוע עולה הצורך במערכת FM אישית ?

המלצה למערכת F.M אישית

אצל \_\_\_\_\_

1. אובחנה לקות שמיעה חד- צידית / דו - צידית
2. מטיפוס הולכתי/ מעורב/ תחושת- עצבי /
3. רמת לקות השמיעה אוזן ימין: \_\_\_\_\_ אוזן שמאל: \_\_\_\_\_
4. הנ"ל מרכיב/ה מכשירי שמיעה כן / לא באוזן אחת / בשתי האוזניים  
מסוג: \_\_\_\_\_
5. לנ"ל שתל קוכלארי כן / לא באוזן אחת / בשתי האוזניים  
מסוג: \_\_\_\_\_  
מעבד דיבור מסוג \_\_\_\_\_

מומלץ לנ"ל להיעזר במערכת FM אישית

המערכת המומלצת על כל מרכיביה:

| הערות | פירוט |                                      |
|-------|-------|--------------------------------------|
|       |       | סוג המערכת                           |
|       |       | משרד ותצורת מיקרופון                 |
|       |       | מקלט אישי / לולאת<br>השראה/ קישוריות |
|       |       | רמקול חיצוני נייד, אישי<br>- סביבתי  |

1. המערכת מותאמת לעזר השמיעתי של הילד כן / לא
2. המשפחה קיבלה הסבר להמלצות שניתנו כן / לא
3. ניתנה רשימת ספקים כן/לא

הערות: \_\_\_\_\_

חותמת ומספר תעודת מקצוע

שם וחתומת קלינאית/ת התקשורת

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

נספח ה: הנחיות להגשת בקשה לאישור זכאות להשתתפות משרד הבריאות במימון מכשירי שמיעה ו/או מערכת FM אישית:

לצורך הגשת בקשה לאישור זכאות להשתתפות משרד הבריאות ברכישת מכשירי שמיעה ו/ או מערכת FM אישית יש לצרף:

- בדיקת רופא א.א.ג הכוללת ממצא אוטוסקופי ומידע על כך שאין התווית נגד לשימוש במכשירי שמיעה
- בדיקת שמיעה עדכנית (עד 6 חודשים מתאריך הגשת הבקשה)
- המלצת קלינאית/ת תקשורת לגבי המכשירים המומלצים
- בדיקת הרווח התפקודי עם המכשירים המומלצים
- אם המשפחה מבקשת הגדלת השתתפות ממשרד הבריאות – אישורים על הכנסות ההורים (כאמור בחוזר מנהל רפואה 1/2014 פרק 104, "מדיניות מימון המשרד והשתתפות התושב", סעיפים 5.5, 5.4).
- הצעת מחיר (אין לבצע רכישה בטרם קבלת אישור)
- תצלום ספח תעודת זהות של ההורה הפונה, בה רשום הילד (אין צורך במקרים בהם הפניה מועברת ישירות מקופת החולים)
- ניתן להעביר את המסמכים ללשכת הבריאות המקומית באמצעות פקס, דואר או כתובת מייל, או ישירות בימי קבלת קהל.

## 2. הנחיות לקלינאית/ת התקשורת המתאים וממליץ:

### 2.1. המלצת קלינאית/ת תקשורת על מכשירי שמיעה תכלול:

- טופס המלצה מלא כמפורט בנספח ג';
- בדיקת שמיעה עדכנית (עד חצי שנה מיום הפנייה) ללא העזרים השמיעתיים;
- בדיקת שמיעה עם המכשירים המומלצים;
- במקרה של בקשה חוזרת לזכאות להשתתפות יש לפרט את סיבת החלפת המכשירים לדוגמא חוסר תקינות, התקדמות טכנולוגית המחייבת החלפה, שינוי בשמיעה וכדומה;
- במידה ומדובר בבקשה להחלפת מכשירים – יש לצרף בדיקות שמיעה עם המכשיר הישן והחדש;

### 2.2. המלצת קלינאית/ת התקשורת על מערכת FM אישית תכלול:

- טופס המלצה מלא כמפורט בנספח ד';

### 3. הגשת בקשה לאישור זכאות להשתתפות חריגה:

3.1. במקרה של הגשת בקשה לאישור זכאות להשתתפות חריגה ברכישה טרם עברו שלוש/ ארבע שנים (בהתאמה לגיל הילד), יש צורך לצרף את המסמכים הבאים בנוסף למסמכים האמורים לעיל:

- מכתב של קלינאית/ת התקשורת הכולל הסבר לצורך ברכישה מוקדמת
- בדיקת שמיעה קודמת לצורך השוואה וכן בדיקת שמיעה עדכנית
- בדיקות עם מכשירי השמיעה הישנים והמומלצים
- 3.2. במקרה של בקשה לזכאות להשתתפות חריגה בשל אובדן או גניבה
  - ניתן לפנות ולבקש זכאות להשתתפות חוזרת, פעם אחת בלבד.
  - האישור יינתן בכפוף לחוזר מנהל רפואה 1/2014.
- במקרה של אובדן, יש לצרף לבקשת המשפחה להשתתפות חוזרת, מכתב המסביר אילו אמצעים יינקטו לעיגון המכשיר בעתיד.
- במקרה של גניבה יש להוסיף אישור המשטרה על הגשת תלונה על גניבה.

| מאפייני חובה במכשירי שמיעה לילדים  |
|--|
| מאפשרים שימוש בנוסחאות הגברה<br>NAL – 1 DSL                                  |
| הנחתת feedback   |
| מנגנוני דחיסה  |
| הגבלת output   |
| הפחתת רעשים  |
| כיווניות אדפטיבית  |
| תואמות ל-FM  |
| מצב T  |
| תוכניות - בין 25 לפי שיקול קלינאי התקשורת                                    |
| ערוצים - מספר הערוצים בין 6 ל-20 כשמספרם יקבע בהתאם לשיקול של קלינאי התקשורת |
| דחיסה/הסטת תדרים- לפי שיקול דעתו של קלינאי התקשורת                           |
| קישוריות- לפי שיקול קלינאי התקשורת   |
| נעילת בית סוללה לילדים עד גיל 6 וילדים עם צרכים מיוחדים                      |