

ข้อบ่งชี้การพิจารณาให้อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่มีมูลค่าสูง

หมวดอื่นๆ

เบาะรองนั่งสำหรับคนพิการแบบเติมลม (Air cushion seat)

ชื่อคนพิการ..... การวินิจฉัยโรค.....
ที่อยู่..... โทรศัพท์.....



มี 2 ขนาด ได้แก่ S(14”), M(16”), L(18”)

ข้อบ่งชี้	ใช่	ไม่ใช่
1. สูญเสียการรับรู้ความรู้สึก (loss sensation) ช่วงลำตัวและ/หรือก้นลงไป		
2. สามารถนั่งได้อย่างปลอดภัย		
3. คนพิการและผู้ดูแลสามารถใช้งานและดูแลรักษาเบาะได้ถูกต้อง และทราบวิธีการลดแรงกดทับขณะนั่งในรถนั่งคนพิการ		

หมายเหตุต้องเข้าเกณฑ์ข้อบ่งชี้ (ตอบ “ใช่”) ครบทุกข้อจึงพิจารณาให้อุปกรณ์ชนิดนั้น

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ประเมิน

วัน/เดือน/ปี.....