



MODELO DE INFORME MÉDICO PARA PRESCRIPCIÓN DE SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA

(Debe ser el facultativo quien cumplimente todos los campos)

Responsable de la prescripción

(Especialista en Medicina Física y Rehabilitación)

Nombre y apellidos:

Nº de colegiado:

Datos identificación usuario

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Peso y talla, si procede:

Motivo de la prescripción (enfermedad, accidente trabajo, malformación...)

Enfermedad común

Accidente acto servicio/enf. profesional

Diagnóstico

Discapacidad o patología que justifica la prescripción y patologías concomitantes que influyan en la misma:

Situación clínica actual del paciente:

Otra información clínica de interés:

Actividades sociales que mantendría como usuario

Acudir a:

Clase

Trabajo

Actividades sociales

Otras

Ninguna



Capacidad para el manejo de silla de ruedas eléctrica

Capacidad funcional para la propulsión de silla de ruedas

Balance muscular

Miembro superior derecho <3 ≥3

Miembro superior izquierdo <3 ≥3

Capacidad motora para el manejo del mando de la silla

Mano Cabeza Mentón Otros

Otras capacidades (debidamente acreditadas)

Visual SI NO

Auditiva SI NO

Cognitiva SI NO

Capacidad funcional global del paciente

Puede caminar unos pasos SI Con ayuda (otra persona, andador) NO

Mantiene la bipedestación: SI NO

Prescripción

Lugar y fecha:

Tipo de producto (código y descripción) o nombre del producto:

(Cuando el producto final esté constituido por varios tipos de productos todos ellos se detallarán en una prescripción única)

Sustituible por otro del mismo tipo SI NO

Clase de prescripción

Primera prescripción Reparación Renovación Ordinaria
(Justificar el motivo) Por variación

Recomendaciones de uso:

Revisiones que, en su caso, hayan de realizarse:

Sello y firma del responsable de la prescripción

(Obligatorios ambos)