



MODEL D'INFORME MÈDIC PER A LA PRESCRIPCIÓ DE CADIRA DE RODES ELÈCTRICA

(Ha de ser el facultatiu qui empleni tots els camps)

Responsable de la prescripció

(Especialista en Medicina Física y Rehabilitació)

Nom i cognoms:

Nº de col·legiat:

Dades identificació usuari

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Pes i talla, si escau:

Motiu de la prescripció

Malaltia comuna

Accident acte servei/mal. professional

Diagnòstic

Discapacitat o patologia que justifiqui la prescripció i patologies concomitants que hi influeixin:

Situació clínica actual del pacient:

Altre informació clínica d'interès

Activitats socials que mantindria com a usuari

Anar a:

Classe

Feina

Activitats socials

Altres

Cap

Capacitat per al maneig de cadira de rodes elèctrica

Capacitat funcional per a la propulsió de cadira de rodes elèctrica

Balanç muscular

Membre superior dret <3 ≥3

Membre superior esquerre <3 ≥3

Capacitat motora per al maneig del comandament de la cadira

Mà Cap Mentó Altres

Altres capacitats (degudament acreditades)

Visual SI NO

Auditiva SI NO

Cognitiva SI NO

Capacitat funcional global del pacient

Pot caminar uns passos sense ajuda Amb ajuda (una altra persona, caminador) SI NO

Manté la bipedestació: SI NO

Prescripció

Lloc i data:

Tipus de producte (codi i descripció) o nom del producte:

(Quan el producte final estigui constituït per diversos tipus de productes, tots es detallaran en una prescripció única)

Substituïble per un altre del mateix tipus SI NO

Classe de prescripció

Primera prescripció

Reparació

Renovació

(Justificar el motiu)

Ordinària

Per variació

Recomanacions d'us:

Revisions que, si s' escau, hagin de realitzar-se:

Segell i signatura del responsable de la prescripció

(Obligatori ambdós)