



**PROTOCOLO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE LA ARTICULACIÓN DE RODILLA ENDOESQUELÉTICA  
MONOCÉNTRICA, CON CONTROL MEDIANTE MICROPROCESADOR DE LA FASE DE BALANCEO Y DEL  
FRENADO EN LA FASE DE APOYO (PIL 060A)**

**(Este protocolo deberá ir acompañado del modelo de informe médico para la prescripción ortoprotésica, de un informe médico evolutivo y ser cumplimentado en todos sus campos por el/la especialista)**

Esta articulación es para pacientes con amputación uni o bilateral de miembro inferior con buen estado físico y autonomía de marcha por exteriores, terreno irregular, escaleras, rampas y normal capacidad cognitiva, condiciones de salud, situación social (vida activa) y laboral que les signifique una mejora en la marcha, equilibrio en bipedestación y autonomía en las Actividades de la Vida Diaria que no les puede proporcionar otra articulación de rodilla.

**Responsable de la prescripción**

**Prescripción por el Servicio de Rehabilitación Hospitalario**

Nombre y apellidos:

Especialidad y nº de colegiado:

Centro hospitalario:

**Datos identificación usuario**

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Peso y talla, si procede:

**Valoración social**

Descripción detallada de las actividades que realiza habitualmente (laborales, ocio, etc.):

Entorno adecuado para buen uso y mantenimiento de la prótesis:    SI    NO



### Diagnóstico y situación clínica

Discapacidad o patología que justifica la prescripción:

Patologías concomitantes que influyan en la prescripción (dificultad para la función de la prótesis):

Se ha confirmado de forma objetiva que no presenta deterioro cognitivo: SÍ NO

Exploración función cognitiva:

Presenta condición adecuada del miembro residual para permitir la función de la prótesis: SI NO

Mejoría de su autonomía personal respecto a otros tipos de productos: SI NO

Si la respuesta a la anterior ha sido SÍ especificar cuáles:

Se ha confirmado que presenta buena estabilidad unipodal en amputados unilaterales: SI NO

Señalar nivel funcional: K1 K2 K3 K4

Se ha confirmado que presenta marcha habitual por cualquier tipo de terreno (irregular): SI NO

### Entrenamiento o prueba previos en establecimiento

- 1) Se ha realizado un entrenamiento o prueba previos a la prescripción de la rodilla que objetive y demuestre que se ha obtenido una adaptación adecuada a este tipo de articulación: SI NO

Indique como realizó esta comprobación o especialista en rehabilitación:  
TELEMÁTICA PRESENCIAL

- 2) Fecha y lugar e identificación del responsable de la realización del entrenamiento o prueba previos:

- 3) Nombre comercial de la articulación con la que se ha realizado el entrenamiento:

- 4) Se ha confirmado que no precisa ayudas técnicas para la marcha (máximo 1 bastón): SI NO

- 5) El paciente presenta una actitud, motivación e colaboración adecuadas para el uso e mantenimiento de la prótesis: SI NO



### Prescripción

Fecha:

Tipo de producto (código y descripción):

Nombre comercial 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

(Justificar el motivo)

Ordinaria

Por variación

En caso de renovación extraordinaria debe detallar la justificación con la exploración

Revisiones que, en su caso, hayan de realizarse:

**Firma y sello del responsable de la prescripción**

(Obligatorio ambos)

### Seguimiento

Visto bueno y Fecha:

Modificaciones que, en su caso, han de introducirse en el producto:

**Firma y sello del responsable de la prescripción**

(Obligatorio ambos)