



PROTOCOLO PARA LA PRESCRIPCIÓN PRÓTESIS DE MIEMBROS SUPERIORES

(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)

PSO 020E Mano eléctrica multiarticulada para uso por amputados bilaterales en la extremidad dominante

PSU 020D Articulación de muñeca para mano eléctrica multiarticulada

PSD 020B Articulación de codo con control de flexo-extensión programable y proporcional, para uso por amputados bilaterales en la extremidad dominante.

La mano eléctrica multiarticulada requiere una articulación de muñeca específica, recogida en el catálogo común con el código PSU 020D, por lo que debe hacerse una prescripción conjunta (si se precisa) de ambos tipos de productos. Por tanto, la indicación de la articulación de muñeca PSU 020D, exigirá tener prescrita la mano eléctrica multiarticulada.

Estos productos son para pacientes con amputación bilateral de miembro superior con capacidad funcional, condiciones de salud y situación social y laboral que le permita un uso efectivo y adecuado de la prótesis que no puede ser obtenido con otra mano mioeléctrica o articulación de codo eléctrica, según el caso.

Responsable de la prescripción

(Prescripción por 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: SÍ NO

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

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

Entrenamiento con simulador:

- 1) Realización de entrenamiento previo a la prescripción: SÍ NO
Señalar cómo ha sido esa comprobación por el especialista en rehabilitación:
PRESENCIAL TELEMÁTICA
- 2) Fecha y lugar e identificación del responsable de la realización de la simulación previa:
- 3) Nombre comercial del producto con el que se ha realizado el entrenamiento:
- 4) Criterios que se cumplen:
 - a. Obtención de buenas señales mioeléctricas residuales con fuerza funcional: SÍ NO
 - b. Buen control y coordinación de las diferentes señales: SÍ NO
 - c. Capacidad y agilidad para cambiar las diferentes señales: SÍ NO
- 5) Adecuada actitud, motivación y colaboración del paciente para uso y mantenimiento de la prótesis: SÍ NO



Prescripción

Fecha:

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

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: SÍ 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
(Obligatorios 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
(Obligatorios ambos)**