



## MODELO DE INFORME MÉDICO PARA PRESCRIPCIÓN DE SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA

### 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

Malformación congénita

Accidente de tráfico

Otro origen (especificar)

Accidente deportivo

Otro tipo de accidente (especificar)

.....

### Diagnóstico

Discapacidad o patología que justifica la prescripción: .....

.....

Patologías concomitantes que influyan en la prescripción: .....

.....

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 eléctrica

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

Visual SI  NO

Auditiva SI  NO

Cognitiva SI  NO

Capacidad funcional global del paciente

Puede caminar unos pasos sin ayuda SI  NO

Mantiene la bipedestación Con ayuda (otra persona, andador)  No puede

### Prescripción

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  
(Justificar el motivo)

Ordinaria

Por variación

Recomendaciones de uso: .....

.....

**Firma del responsable de la prescripción**