



DATA DE INICIO DA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)

PARTE INICIAL PARTE CONFIRMACIÓN Nº RECAIDA SE NON

**Lembre levar o parte inmediato anterior sempre que vaia a consulta de recoñecemento médico do seu IT **

PARTE ALTA – Data (dd/mm/aaaa)

Causa del alta: Curación/Melloría que permite o traballo habitual Posible nova situación de IT
 Pase a xubilación por idade ou por IP para o servizo Comenzo do permiso por maternidade

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primeiro apelido Segundo apelido Nome

Número de afiliación: Nº de DNI:

Teléfono: Correo @ Entidade

1.2 FACULTATIVO

Nº de colexiado

Apelidos i nome:

Especialidade:

2. DATOS MÉDICOS

2.1 CIE 10 ES diagnóstico ● 2.2 Duración probable (días)

2.3 Descripción do diagnóstico (doenzas e a súa evolución):

2.4 Descripción da limitación na capacidade funcional

2.5 Indicar, sei procede:

Intervención quirúrxica Hospitalización
 Tratamento quimio-radioterapia Outro procedemento

DATOS ESPECÍFICOS

2.6 Danse circunstancias que recomentan ampliación prazo de expedición do próximo parte a días (máximo 30)

2.7 Sen variacions

3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña ao parte de confirmación do 10º ou o 16º mes

Valoración da situación (marcar unha opción):

- 3.1 Posible alta por curación ou melloría antes dos 545 días naturais desde o inicio da situación.
- 3.2 Posible incapacidade permanente.
- 3.3 Necesidade mantemento dos efectos de IT máis aló do período de 545 días.

Xustificación da opción elixida

.....de de 20.....

Sinatura do facultativo que expide o parte



DATA DE INICIO DA SITUACIÓN (dd/mm/aaaa)

PARTE INICIAL

PARTE CONFIRMACIÓN Nº

RECAIDA SE NON

Lembre levar o parte inmediato anterior sempre que vaia a consulta de recoñecemento médico do seu IT

PARTE ALTA – Data (dd/mm/aaaa)

Causa del alta: Curación/Melloría que permite o traballo habitual

Posible nova situación de IT

Pase a xubilación por idade ou por IP para o servizo

Comenzo do permiso por maternidade

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

1.1 MUTUALISTA

Primeiro apelido Segundo apelido Nome

Número de afiliación:

Nº de DNI:

Teléfono:

Correo @ Entidade

1.2 FACULTATIVO

Nº de colexiado

Apelidos i nome:

Especialidade:

2. DATOS MÉDICOS

2.1 CIE 10 ES diagnóstico

•

2.2 Duración probable (días)

2.4 Descripción da limitación na capacidade funcional

2.5 Indicar, sei procede:

Intervención quirúrxica

Hospitalización

Tratamento quimio-radioterapia

Outro procedemento

DATOS ESPECÍFICOS

2.6 Danse circunstancias que recomendan ampliación prazo de expedición do próximo parte a días (máximo 30)

2.7 Sen variacións

3. INFORME MÉDICO ADICIONAL DE RATIFICACIÓN: que acompaña ao parte de confirmación do 10º ou o 16º mes

Valoración da situación (marcar unha opción):

3.1 Posible alta por curación ou melloría antes dos 545 días naturais desde o inicio da situación.

3.2 Posible incapacidade permanente.

3.3 Necesidade mantemento dos efectos de IT máis aló do período de 545 días.

Xustificación da opción elixida:

.....dede 20.....
Sinatura do facultativo que expide o parte



IMPORTANTE

- o **Finalidade do parte:** O contido deste parte é o asesoramento médico para que o órgano de persoal onde o mutualista presta servizos resolva a concesión da licenza por enfermidade, requisito imprescindible para declarar a situación de incapacidade temporal (art. 88 do Regulamento Xeral do Mutualismo Administrativo).
- o **Prazos:** O exemplar para a Administración do parte inicial debe achegalo o mutualista ao seu órgano de persoal durante os catro primeiros días hábiles desde o inicio da situación. O do parte de confirmación, durante os tres días hábiles seguintes á súa expedición. O do parte de alta, ao día hábil seguinte á súa expedición.
- o **Partes sucesivos:** É necesario acudir á consulta do médico co parte de baixa ou confirmación inmediatamente anterior.
- o **Validez do parte:** A información solicitada é obrigatoria para a validez do parte, que debe ser cumprimentado e asinado polo médico que atende ao mutualista.
- o **Definición de recaída:** É o proceso patolóxico que sucede nos 180 días naturais seguintes á finalización dun anterior da mesma ou similar patoloxía. O médico indicará no parte se o novo proceso iniciado é recaída doutro anterior.

2.1 Codificación do parte: requírese a codificación do **diagnóstico** en **CIE 10 É**. O formato admitido móstrase na seguinte táboa. Os campos á dereita do punto poden ir en branco ou cumprimentados desde un a catro caracteres alfanuméricos.

x	x	x	•	x	x	x	x
---	---	---	---	---	---	---	---

Os **códigos de procedemento non se admiten** nos partes de IT. Se é o caso, **ampliar o diagnóstico codificado** usando o apartado 2.5. Ademais, os códigos **CIE-10-ES de diagnóstico** que empezan por algunhas das seguintes letras **non son válidos** por tratarse de **diagnósticos secundarios** ou factores externos que precisan dun código de diagnóstico principal: **P, U, V, W, X e Y** (excepto U07.1 y U09.9).

2.3 Descrición do diagnóstico: só no exemplar destinado ao mutualista.

2.5 Información para completar o diagnóstico: intervención cirúrxica, hospitalización ou outra circunstancia, procedemento ou técnica diagnóstica.

2.6 Periodicidade e duración dos partes: O parte inicial e sucesivos de confirmación expediranse on carácter xeral, por 15 días, salvo que o proceso patolóxico teña unha duración inferior, en que o parte abarcará o tempo que o médico considere en función da duración probable do proceso patolóxico. Excepcionalmente e por motivos de mellor asistencia ao paciente, o parte pode abarcar máis de 15 días, cun máximo de 30 días entre partes.

2.7 Cadro “sen variacións”: utilizarase nos partes de confirmación asinados polo mesmo efacultativo que expediu o inicial ou o inmediato anterior de confirmación, se o diagnóstico é o mesmo. Deste xeito non será necesario encher de novo os datos médicos xa achegados.

3. O informe adicional de ratificación acompaña aos partes de confirmación do 10º e 16º mes, e solicitan do médico o seu criterio sobre a evolución do proceso e as posibilidades de recuperación ou de incapacidade permanente. Se é o de **10º mes**, pronunciarase sobre **3.1 ou 3.2**. Se é o de **16º mes**, sobre **3.2 y 3.3**.