



MODELO DE INFORME MÉDICO PARA A PRESCRIPCIÓN ORTOPROTÉSICA

(Debe ser o facultativo quen cumprimente todos os campos)

Responsable da prescripción

Nome e apelidos:

Especialidade e nº de colexiado:

Datos identificación usuario

Nome e apelidos:

Data de nacemento:

Peso e talla, se procede:

Motivo da prescripción

Enfermidade común

Accidente acto servizo/enf. profesional

Diagnóstico

Discapacidade ou patoloxía que xustifica a prescripción e patoloxías concomitantes que inflúan na mesma:

Situación clínica actual do paciente:

Para **cadeiras de rodas manuais** valorar

Capacidade funcional para a marcha: necesidade de axuda, ámbito (no fogar, distancia en exteriores...)

Capacidade para a autopropulsión:

Valoración social (se procede)

Actividades que realiza (laborais, lecer, etc.):

Outras circunstancias que poidan influír na prescripción ou renovación dos produtos:



Prescripción

Lugar e data:

Tipo de produto (**código e descripción**) ou nome do produto:

(Cando o produto final estea constituído por varios tipos de produtos todos eles detallaranse nunha prescripción única)

Sustituible por outro do mesmo tipo SI NON

Clase de prescripción

Primeira prescripción

Reparación

Renovación

(Xustificar o motivo)

Ordinaria

Por variación

Revisións que, no seu caso, deban realizarse:

Selo e firma do responsable da prescripción

(Obrigatorios ambos)

Seguimento

(Produtos elaborados a medida ou que requiran adaptación individualizada ADAP3)

Visto e prace e data

Modificacións que, no seu caso, han de introducirse no produto

Selo e firma do responsable da prescripción

(Obrigatorios ambos)