



MODELO DE INFORME MÉDICO PARA PRESCRIPCIÓN DE CADEIRA DE RODAS ELÉCTRICA

(Debe ser o facultativo quen cumprimente todos os campos)

Responsable da prescripción

(Especialista en Medicina Física e Rehabilitación)

Nome e apelidos:

Nº de colexiado:

Datos identificación usuario

Nome e apelidos:

Data de nacemento:

Peso e talla, se procede:

Motivo da prescripción (enfermidade, accidente de servizo, malformación...)

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:

Outra información clínica de interese:

Actividades sociais que mantería como usuario

Acudir a:

Clase

Traballo

Actividades sociais

Outras

Ningunha



Capacidade para o manexo de cadeira de rodas eléctrica

Capacidade funcional para a propulsión de cadeira de rodas eléctrica

Balance muscular

Membro superior dereito <3 ≥3

Membro superior esquerdo <3 ≥3

Capacidade motora para o manexo do mando da cadeira

Man Cabeza Barbela Outros

Outras capacidades (debidamente acreditadas)

Visual SI NON

Auditiva SI NON

Cognitiva SI NON

Capacidade funcional global do paciente

Pode camiñar uns pasos sen axuda SI Con axuda (outra persoa, andador) SI NON

Manten a bipedestación SI Non pode

Prescripción

Lugar e data:

Tipo de produto (código e descrición) ou nome do produto:

(Cando o produto final estea constituido 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 Ordinaria
(Xustificar o motivo) Por variación

Recomendacións de uso:

Revisións que, en su caso, hayan de realizarse:

Selo e firma do responsable da prescripción

(Obrigatorios ambos)