



Articulación de xeonllo endoesquelético monocéntrico, con control mediante microprocesador da fase de abalo e do freado na fase de apoio (PIL 060A)

(Este protocolo deberá ir acompañado do modelo de informe médico para a prescripción ortoprotésica e ser cumprimentado en todos os seus campos polo/a ESPECIALISTA)

Esta articulación é para pacientes con amputación unilateral ou bilateral do membro inferior en boas condicións físicas e autonomía de marcha ao aire libre, terreo irregular, escaleiras, ramplas e capacidade cognitiva normal, condicións de saúde, situación social (vida activa) e situación laboral que supoña unha mellora da marcha.

Responsable da prescripción (Prescripción por Servizo de Rehabilitación Hospitalario)

Nome e apelidos:

Especialidade e nº de colexiado:

Hospital:

Datos identificación usuario

Nome e apelidos:

Data de nacemento:

DNI:

Peso e talla, se procede:

Valoración social

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

Contorna adecuada para bo uso e mantemento da prótese:

SI

NON



Diagnóstico e situación clínica

Discapacitat o patología que justifica la prescripció:

Patoloxías concomitantes que inflúen na prescrición (dificultade para a función da prótese):

Confirmouse obxectivamente que non presenta deterioro cognitivo: SI NON

Exame da función cognitiva:

Presenta un estado adecuado do membro residual para permitir a función da prótese: SI NON

Mellora da súa autonomía persoal respecto doutro tipo de produtos: SI NON

Se a resposta á anterior foi SI, especifique cal:

Confirmouse que presenta boa estabilidade unipodal en amputados unilaterais: SI NON

Indica o nivel funcional:: K1 K2 K3 K4

Confirmouse que camiña con normalidade por calquera tipo de terreo (irregular): SI NON

Formación previa ou proba en establecemento

- 1) Realizouse un adestramento ou proba previa á prescrición do xeonllo que demostre obxectivamente que se conseguiu unha adecuada adaptación a este tipo de articulacións: SI NON

Assenyalar com ha estat aquesta comprovació per l'especialista en rehabilitació:
PRESENCIAL TELEMÀTICA

- 2) Data e lugar e identificación da persoa responsable da realización da formación ou proba previa:

- 3) Denominación comercial da asociación coa que se realizou a formación:

- 4) Confirmouse que non precisa de axudas técnicas para a marcha (máximo 1 bastón): SI NON

- 5) Paciente presenta unha actitude, motivación e colaboración adecuadas para o uso e mantemento da prótese: SI NON



Prescripción

Data:

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

Nome comercial

(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

En caso de renovación extraordinaria debe detallar a xustificación coa exploración:

Revisións que, no seu caso, deban realizarse:

**Firma e selo do responsable da prescripción
(Obrigatorio ambos)**

Seguimento

Visto e praxe:

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

**Firma e selo do responsable da prescripción
(Obrigatorio ambos)**