



PROTOCOLO PARA A PRESCRICIÓN PRÓTESES DE MEMBROS SUPERIORES

(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)

PSO 020E Man eléctrica multiarticulada para uso por amputados bilaterais na extremidade dominante

PSU 020D Articulación de boneca para man eléctrica multiarticulada

PSD 020B Articulación de cóbado con control de flexo-extensión programable e proporcional, para uso por amputados bilaterais na extremidade dominante.

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

Descricion detallada do actividades que realiza (laborais, lecer, etc.):

Contorna adecuada para bo uso e mantemento da prótese: SI NON



Diagnóstico e situación clínica

- Discapacidade ou patoloxía que xustifica a prescrición:

- Patoloxía concomitante que que inflúen na prescrición (dificulte a función da prótese):

- Confirmouse obxectivamente que non presenta deterioro cognitivo: SI NON
Exame da función cognitiva.

- Presenta condición adecuada do membro residual para permitir a función da prótese: SI NON
- Melloría da súa autonomía persoal respecto a outros tipos de produtos: SI NON
Especificar se a resposta anterior foi afirmativa

Adestramento con simulador:

- 1) Realización de adestramento previo á prescrición: SI NON
Indicar como foi realizada esta comprobación polo especialista en rehabilitación:
PRESENCIAL TELEMÁTICA
- 2) Data e lugar e identificación do responsable da realización da simulación previa:
- 3) Nome comercial do produto co que se realizou a formación:
- 4) Criterios que se cumpren:
 - a. Obtención de bos sinais mioeléctricos residuais con forza e funcional: SI NON
 - b. Bo control e coordinación dos diferentes sinais: SI NON
 - c. Capacidade e axilidade para cambiar os diferentes sinais: SI NON
- 5) Adecuada actitude, motivación e colaboración do paciente para uso e mantemento da prótese:
SI NON



Prescripción

Data:

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

Nome comercial 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

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

Revisiones que, no seu caso, deban realizarse:

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

Seguimento

Visto e prace e data:

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

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