



**ARTICULACIÓ DE GENOLL ENDOESQUELÈTIC MONOCÈNTRIC, AMB CONTROL MITJANÇANT
MICROPROCESSADOR DE LA FASE DE BALANCEIG I DE LA FRENADA EN LA FASE DE SUPORT (PIL 060A)**

(Aquest protocol haurà d'anar acompanyat del model d'informe mèdic per a la prescripció ortoprotèsica i ser emplenat en tots els seus camps per l'especialista)

Aquesta articulació és per a pacients amb amputació uni o bilateral de membre inferior amb bon estat físic i autonomia de marxa per exteriors, terreny irregular, escales, rampes i normal capacitat cognitiva, condicions de salut, situació social (vida activa) i laboral que els signifiqui una millora en la marxa, equilibri en bipedestació i autonomia a les Activitats de la Vida Diària que no els pot proporcionar una altra articulació de genoll

Responsable de la prescripció
(Prescripció per Servei de Rehabilitació Hospitalària)

Nom i cognoms:

Especialitat y nº de col·legiat:

Centre hospitalari:

Dades identificació usuari

Nom i cognoms:

Data de naixement:

DNI:

Pes i talla, si escau:

Valoració social

Activitats que realitza (laborals, oci, etc.):

Entorn adequat per a bon ús i manteniment de la pròtesi: SI NO



Diagnòstic i situació clínica

Discapacitat o patologia que justifica la prescripció:

Patologies concomitants que influeixin en la prescripció (dificultat per a la funció de la pròtesi):

S'ha confirmat de manera objectiva que no presenta deteriorament cognitiu: SÍ NO

Exploració funció cognitiva

Presenta condició adequada del membre residual per permetre la funció de la pròtesi: SÍ NO

Millora de la seva autonomia personal respecte a altres tipus de productes: SÍ NO

Si la resposta a l'anterior ha estat SÍ especificar quins:

S'ha confirmat que presenta bona estabilitat unipodal en amputats unilaterals: SÍ NO

Assenyalar nivell funcional: K1 K2 K3 K4

S'ha confirmat que presenta marxa habitual per qualsevol tipus de terreny (irregular): SÍ NO

Entrenament o prova previs en establiment

- 1) S'ha realitzat un entrenament o prova previs a la prescripció del genoll que objectivi i demostrï que s'ha obtingut una adaptació adequada a aquest tipus d'articulació: SÍ NO

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

PRESENCIAL TELEMÀTICA

- 2) Data i lloc i identificació del responsable de la realització de l'entrenament o prova previs:

- 3) Nom comercial de l'articulació amb què s'ha realitzat l'entrenament:

- 4) Se ha confirmado que no precisa ayudas técnicas para la marcha (máximo 1 bastón): SÍ NO

- 5) Presenta el pacient adequada actitud, motivació i col·laboració per a ús i manteniment de la pròtesi:
SÍ NO



Prescripción

Data:

Tipus de producte (codi i descripció) o nom del producte:

Nom comercial

(Quan el producte final estigui constituït per diversos tipus de productes tots ells es detallaran en una prescripció única)

Substituïble per un altre del mateix tipus SI NO

Classe de prescripció

Primera prescripció	Reparació	Renovació (Justificar el motiu)	Ordinària Per variació
---------------------	-----------	------------------------------------	---------------------------

En cas de renovació extraordinària heu de detallar la justificació amb l'exploració

Revisions que, si escau, s'hagin de fer:

Signatura i segell del responsable de la prescripció
(Obligatoris ambdós)

Seguiment

Vist i plau:

Modificacions que, si es cau, s'han de introduir al producte:

Signatura i segell del responsable de la prescripció
(Obligatoris ambdós)