



PROTOCOL PER A LA PRESCRIPCIÓ DE PRÓTESI DE MEMBRES SUPERIORS

(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)

PSO 020E Mà elèctrica multiarticulada per a ús per amputats bilaterals a l'extremitat dominant

PSU 020D Articulació de canell per a mà elèctrica multiarticulada

PSD 020B Articulació de colze amb control de flexo-extensió programable i proporcional, per a ús per amputats bilaterals a l'extremitat dominant.

La mà elèctrica multiarticulada requereix una articulació de canell específica recollida al catàleg comú amb el codi PSU PSU 0200, per què s'ha de fer una prescripció conjunta (si cal) del dos tipus de productes. Per tant, la indicació de l'articulació de canell PSU 0200, exigirà tenir prescrita la mà elèctrica multiarticulada.

Aquests productes són per a pacients amb amputació bilateral de membre superior amb capacitat funcional, condicions de salut i situació social i laboral que li permeti l'ús efectiu i adequat de la protesi que no pot ser obtingut amb una altra mà mioelèctrica o articulació de colze elèctrica segons el cas.

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

Descripció detallada de les activitats que realitza habitualment (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:
- Patologia concomitant que que influeixen en la prescripció (dificulti la funció de la pròtesi):
- S'ha confirmat de manera objectiva que no presenta deteriorament cognitiu: : SI NO
Exploració funcio cognitiva
- Presenta condició adequada del membre residual per permetre la funció de la pròtesi: SI NO
- Millora de la seva autonomia personal respecte altres tipus de productes: SI NO
- Especificar si la resposta anterior ha estat afirmativa:

Entrenament amb simulador:

- 1) Realització d'entrenament previ a la prescripció: SI NO
Assenyalar com ha estat aquesta comprovació per l'especialista de la rehabilitació:
PRESENCIAL TELEMÀTICA
- 2) Data i lloc i identificació del responsable de la realització de la simulació prèvia:
- 3) Nom comercial del producte amb el qual s'ha realitzat l'entrenament
- 4) Criteris que es compleixen:
 - a. Va obtenir bons senyals mioelèctrics residuals amb força i funcional: SI NO
 - b. Bon control i coordinació dels diferents senyals: SI NO
 - c. Capacitat i agilitat per canviar els diferents senyals: SI NO
- 5) Adequada actitud, motivació i col·laboració del pacient per a ús i manteniment de la pròtesi:
SI 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 i data:

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

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