**Código Guía de Servicios 7402**

 **MODELO DE INFORME DE SALUD PARA LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

|  |
| --- |
|  Este informe sólo es válido para Usuarios de regímenes públicos - MUFACE- MUJEJU-ISFAS- que han elegido como opción de atención sanitaria una distinta a Seguridad Social - ASISA, ADESLASSi usted es usuario de Seguridad Social , el informe de salud deberá solicitarlo a su médico de Atención Primaria en su Centro de Salud , quien emitirá el modelo adecuado incluido en OMI-AP ( software de gestión medica de A primaria)**Datos personales Código guía de servicios 2115** |
| Nombre | 1r. apellido | 2o. apellido |
| Fecha de nacimiento | Sexo [ ] hombre [ ] mujer |  | DNI/NIF |

**Diagnóstico y Tratamiento (1)**

-Indique como máximo tres diagnósticos principales que sean determinantes en la situación de Dependencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnóstico** | **CIE10**  |  | **Tiempo transcurrido desde inicio del proceso** |
|  |  |  | < 1 mes 2-6 meses 6-12 meses > de 12 meses |
|       |       |  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |
|       |       |  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |
|       |       |  | [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  |
| **Tratamiento:** |

(1): Indique los diagnósticos de aquellas enfermedades que en su opinión están limitando la autonomía personal del paciente de forma importante, prolongada o permanentemente. . Indique igualmente el tratamiento actual que realiza y que pueda interferir en la autonomía del paciente: (Ansiolíticos , Antidepresivos, Antihistamínicos, Opiáceos, Neurolépticos ……)

Los diagnósticos deben de estar debidamente codificados en CIE 10.

**-Indique si precisa algún tipo de tratamiento rehabilitador**: No precisa tratamiento rehabilitador [ ]

Sí, precisa para mantener su situación física y/o Mental [ ]  Sí, precisa para mejorar su situación física y/ o mental [ ]

**Evolución:**

Indique la posible evolución de la enfermedad

Mejoría [ ]  Estable [ ]  Progresiva [ ]  Brotes [ ]

**Medidas de soporte actualmente empleadas:**

Oxigenoterapia [ ]  Sueroterapia [ ]  Nutrición Enteral por SNG [ ]  N. parenteral [ ]

S. vesical [ ]  SNG [ ]  Ostomías [ ]  Pañales o similares [ ]

Otras:\_\_

 **Ayudas Técnicas que actualmente tiene prescritas y utiliza: (especificar)**

Prótesis [ ]  Órtesis [ ]  Sujeción mecánica [ ]  Andador [ ]

(Indicar)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 **Situación Basal: Encamado** **[ ]  Cama/sillón** **[ ]  Silla de ruedas** **[ ]**

**Niños de 6 meses o menos**

Indicar el peso en gramos al nacer. Peso al nacer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_grs.

Informe emitido por Dr/Dra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Organismo Público:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha:

 Sello o Etiqueta y firma

**INFORME SOBRE LA AUTONOMIA DE LA PERSONA**

**( a rellenar por facultativo, personal de enfermería o terapeuta habitual)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | La realiza por si solosin dificultad | La realiza por si solo con dificultad | Necesita de otrapersona |
| Alimentación | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Micción/defecación | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Aseo | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Vestido | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Otros cuidadosCorporales | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Cuidado de su propiasalud | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Toma de decisiones | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Desplazarse | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Tareas domésticas | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Trastornos de conducta | Ausentes o leves[ ]  | Moderados[ ]  | Graves [ ] Con hetero agresividad[ ]  |

**Observaciones:**

|  |
| --- |
| Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona     Fecha: Firma: |