Código Guía de Servicios 7402

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datos personales** | | | |
| Nombre | 1r. apellido | | 2o. apellido |
| Fecha de nacimiento | Sexo  hombre mujer | Edad: | DNI/NIF |

**Diagnóstico y Tratamiento)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnóstico Principal** | **CIE10** |  | **Tiempo transcurrido desde inicio del proceso** |
|  |  |  | < 1 mes 2-6 meses 6-12 meses > de 12 meses |
|  |  |  |  |
| **Diagnósticos Secundarios** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Grado de Discapacidad Intelectual si la hubiere** | |  | Leve Moderado Grave Profundo  70-50/55 50/55-35/40 35/40-20/25 <20/25 |
| **Problemática asociada** | |  | Psicológica Psiquiatrita Social Sanitaria |
| **Describir:** | | | |
| **Tratamiento::** | | | |

**Indique el tratamiento rehabilitador más adecuado para el paciente**:

NO PRECISA TRATAMIENTO REHABILITADOR

HOSPITAL DE DIA  COMUNIDAD TERAPEUTICA  CENTRO DE REHABILITACIÓN DE MEDIA /LARGA ESTANCIA

CENTRO OCUPACIONAL/ CENTRO RESIDENCIAL (R. Internado) CENTRO DE DIA/C. OCUPACIONAl (R. externado)

PISO TUTELADO  OTROS  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Evolución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Indique la posible evolución de la enfermedad

Mejoría  Estable  Progresiva  Brotes  Continua  Deterioro progresivo

**Forma clinica predominante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Síndrome deficitario  Síntomas negativos  Síntomas positivos  Conducta desorganizada  Otras:

|  |
| --- |
| **Describir:** |

**Situación Basal:**

**Trastornos de conducta**

|  |
| --- |
| AUTOLESION  HETEROAGRESIVIDAD  AGITACIÓN  ESTEROTIPIAS  RETRAIMIENTO  C. DISRUPTIVA  C. SOCIAL OFENSIVA  DESTRUCCIÓN DE OBJETOS  C. NO COLABORADORA  OTRAS ( ESPECIFICAR): |

**Encamado**  **Falta de adherencia al tratamiento precisando medicación de liberación prolongada**

**Silla de ruedas**  **Ausencia de iniciativa**  **Ausencia de la coherencia en sus actuaciones**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Restricciones a destacar** | | | **si** | **no** |
| Vive solo | | |  |  |
| Presenta restricción de la participación social | | |  |  |
| Presenta deficiencia en el mantenimiento de la atención, concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de tareas | | |  |  |
| Fracaso en la adaptación a circunstancias estresantes | | |  |  |
| Posibilidad de actividad laboral normalizada salvo en periodos de descompensación | | |  |  |
| Posibilidad de actividad laboral en puestos adaptados, centro especial de empleo o con supervisión minima en centros ocupacionales | | |  |  |
| Imposibilidad de actividad laboral o rendimiento muy pobre en centros ocupacionales incluso con supervisión | | |  |  |
| Presenta anticipación y sentido del peligro | | |  |  |
| **Lecto-escritura comprensiva** | Adecuada a su edad | |  |  |
| Limitada a niveles elementales para su edad | |  |  |
| Ausente | |  |  |
| **Psico motricidad** | Adquirida | |  |  |
| Adquisición motriz incompleta | |  |  |
| deficiencia en el control postural | |  |  |
| Marcha independiente con o sin ayudas técnicas | |  |  |
| **Restricciones a destacar** | | | **si** | **no** |
| **Lenguaje expresivo** | | Lenguaje comprensible por no habituales a su entorno |  |  |
| comunicación comprensiva solo para sus habituales |  |  |
| Comunicación muy primaria ( gestos, gritos , llantos, sonidos) |  |  |
| **Lenguaje comprensivo** | | Comprensión adecuada |  |  |
| Solo comprende ordenes verbales sencillas |  |  |
| Solo comprende ordenes verbales simples si son imperativas o acompañadas con gestos |  |  |
| **Relación (1)** | | Conducta adecuada en la relación con extraños |  |  |
| Conducta adecuada en la Relación familiar |  |  |
| Conducta adecuada en las relaciones informales |  |  |
| Capacidad para gestionar adecuadamente el presupuesto cotidiano |  |  |
| Afectación cognitiva: | | |  |  |

**Las situaciones descritas con anterioridad interfiere en el desempeño de las actividades de la vida diaria de la siguiente manera:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Las realiza por si solo de forma aceptable sin necesidad de apoyo, estimulo o supervisión | La realiza por si solo de forma aceptable sin necesidad de apoyo, estimulo o supervisión, PERO solo tareas y rutas aprendidas | La realiza por si solo con necesidad de supervisión o estimulo puntual en ambientes protegidos o conocidos | Necesita del apoyo de otra Persona de forma continuada incluso en ambientes protegidos |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA REVISIÓN POR EL EQUIPO DE SALUD MENTAL** |  |

**RESULTADOS DE TEST REALIZADOS:**

Señale LOS RESULTADOS DE LOS TEST FUNCIONALES QUE SE HALLAN REALIZADO Y LA FECHA DE REALIZACIÓN

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MINIMENTAL |  | - |  |
| GDS |  | - |  |
| WAISS |  | - |  |
| - |  | - |  |
| **OBSERVACIONES**: | | | |

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

Lugar y Fecha: Sello o Etiqueta y firma

**INFORMACIÓN SOCIOSANITARIA COMPLEMENTARIA**

|  |
| --- |
| **Centro de rehabilitación donde se encuentra atendido en la actualidad ( Si procede):**  **OBSERVACIONES**:  Fdo:  Puesto:  Fecha |

1. Según la CIF

**Relacionarse con extraños**

Establecer contactos y vínculos temporales con desconocidos con propósitos específicos, como cuando se pregunta una dirección o se compra algo.

**Relaciones sociales informales**

Establecer relaciones con otros, como relaciones casuales con personas que viven en la misma comunidad o residencia, amigos, con compañeros de juego

**Relaciones familiares**

Crear y mantener, relaciones de parentesco, como con los miembros del núcleo familiar, con otros familiares, con la familia adoptiva o de acogida y con padrastros, madrastras, hijastros y hermanastros, relaciones más distantes como primos segundos o responsables legales de la custodia.