



PROCEDEMENTO RECOÑECIMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO BS210A	DOCUMENTO INFORME DE SAÚDE
---	---	--------------------------------------

INFORME DE CONDICIÓNS DE SAÚDE

(Para o recoñecemento da situación de dependencia e acceso aos servizos e prestacións establecidos na lei 39/2006, do 14 de decembro).

1. Solicitante (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	DNI/NIE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DE NACEMENTO	IDADE	MOTIVO DO INFORME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Solicitude inicial de recoñecemento da situación de dependencia <input type="checkbox"/> Revisión do recoñecemento	

2. No caso de nenos entre 0 e 6 meses, indique (caso afirmativo, obrigado cumprimento)

PESO NO MOMENTO DE NACER EN GRAMOS:

Menos de 1100 grs
 Entre 1100 e 1500 grs
 >1500 e <2200 grs
 Mais 2200 grs

3. Indique os diagnósticos* das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, prolongado, crónico ou de longa duración:

	Diagnósticos (obrigado cumprimento)	Data diagnóstico (obrigado cumprimento)	Codificación		Fase evolutiva	
			Clasificación	Código	Aguda	Crónica
Demencias e enfermidades Neurodexenerativas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patoloxía traumática	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos graves do comportamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atraso mental /enfermidade mental/deterioración-cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, neoplásicas, etc)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Poderá presentar informes médicos que complementen o modelo normalizado.

4. Indique os tratamentos actuais, medidas de soporte funcional, axudas técnicas, Ortoses e Próteses prescritos* (obrigado cumprimento)

Farmacolóxicos	<input type="text"/>	Hixiénico/dietético	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Psicoterapéutico	<input type="text"/>	Indicacións médicas de soporte terapéutico, funcional e/ou produtos de apoio	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Rehabilitador	<input type="checkbox"/> Recibe <input type="checkbox"/> Esgotadas posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras <input type="checkbox"/> Non recibe <input type="checkbox"/> Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras		
Outros	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

5. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas (obrigado cumprimento)

<input type="checkbox"/> Osixenoterapia	<input type="checkbox"/> Soroterapia	<input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG	<input type="checkbox"/> Nutrición parental
<input type="checkbox"/> S. Vesical	<input type="checkbox"/> Ostomías	<input type="checkbox"/> Absorventes	<input type="checkbox"/> Próteses/Ortoses
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Suxección mecánica	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="text"/>		

6. Indique se existe necesidade de apoio para as actividades de autocoidado: (obrigado cumprimento)

Leve Moderada Grave

7. Indique se entre as patoloxías descritas, algunha delas cursa en brotes (caso afirmativo, obrigado cumprimento)

PATOLOXÍA	FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO	ÚLTIMO BROTE
<input type="text"/>	<input type="text"/> brotes	<input type="text"/>

8. Indique se a persoa se pode trasladar fóra do domicilio

<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> SI
------------------------------	-----------------------------

9. Identificación do profesional que emite o informe (obrigado cumprimento)

NOME E APELIDOS		DATA DO INFORME
<input type="text"/>		<input type="text"/>
ORGANISMO/CENTRO DE SAÚDE	Nº COLEXIADO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Sinatura	Selo	