



INFORME MÉDICO PROGRAMAS DE RESPIRO FAMILIAR

☐ ESTADÍAS TEMPORAIS EN RESIDENCIAS PÚBLICAS☐ APOIO SOCIAL PARA FAMILIAS CON MAIORES DEPENDENTES☐ ESTADÍAS QUINCENAIAS☐ ESTADÍAS FINIS DE SEMANA

Don/a:

Médico nº de Colexiado:

Localidade:

Tfno.:

INFORMA

Que recoñecido/os

☐ Solicitante, don/a:

☐ Cónxuxe, don/a:

☐ Coidador habitual, don/a:

	Solicitante		Cónxuxe		Coidador	
Padece enfermidade en estado terminal	Si ☐	Non ☐	Si ☐	Non ☐	Si ☐	Non ☐
Padece enfermidade infecto-contaxiosa activa	Si ☐	Non ☐	Si ☐	Non ☐	Si ☐	Non ☐
Presenta alteracións mentais con agresividade predominante que requira ser atendido en centro psiquiátrico	Si ☐	Non ☐	Si ☐	Non ☐	Si ☐	Non ☐
Precisa atención imprescindible nun centro hospitalario	Si ☐	Non ☐	Si ☐	Non ☐	Si ☐	Non ☐

DATOS COMPLEMENTARIOS SÓ PARA O SOLICITANTE

DATOS CLÍNICOS DE INTERESE

	Solicitante		
Padece enfermidade invalidante, secuela de enfermidade dexenerativa e/ou neurolóxica	Si ☐	Non ☐	
É enfermo pos-cirúrxico con secuela invalidante	Si ☐	Provisional ☐ Permanente ☐	Non ☐
Presenta inmovilidade prolongada con grave dificultade para a deambulación	Si ☐	Non ☐	
Presenta cegueira adquirida na ancianidade que precisa coidados rehabilitadores	Si ☐	Non ☐	
É enfermo crónico non terminal que necesita coidados continuados médicos e de enfermería	Si ☐	Non ☐	
Presenta síndrome demencial	Si ☐ Non ☐	Neurodexenerativa ☐ Vascular ☐ Outras ☐	Si ☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo ☐ Non ☐

VALORACIÓN FUNCIONAL

I. Válese por si mesmo para actividades da vida diaria:		Si ☐		Non ☐		
II. Dependencia para:		Independente: Sempre realiza a actividade sen necesidade de axudas técnicas ou doutra persoa	Necesita axuda: Para realizar a actividade necesita apoio, axuda, técnica, próteses ou órteses, apoio persoal de modo regular		Dependente: Non pode realizar a actividade	
			Lixeira	Moderada	Grave	Completo
● Actividades de autocoidado:						
1. Lavar partes do corpo		☐	☐	☐	☐	☐
2. Lavar todo o corpo		☐	☐	☐	☐	☐
3. Coidado de partes do corpo (peitearse...)		☐	☐	☐	☐	☐
4. Poñerse/quitar roupa e/ou calzado		☐	☐	☐	☐	☐
5. Comer/beber		☐	☐	☐	☐	☐
● Funcións corporais:						
6. Continencia urinaria		☐	☐	☐	☐	☐
7. Continencia fecal		☐	☐	☐	☐	☐
● Actividades de mobilidade:						
8. Cambiar as posturas corporais básicas		☐	☐	☐	☐	☐
9. Camiñar distancias curtas e/ou desprazarse dentro/fóra do fogar utilizando algún equipamento		☐	☐	☐	☐	☐
10. Uso da man e do brazo		☐	☐	☐	☐	☐

OBSERVACIÓNS (diagnóstico, tratamento, coidados que precisa,...)

"De acordo ó previsto no artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, Lei de Protección de Datos de Carácter Persoal (BOE nº 298 do 14 de decembro) infórmaselle que os datos incluídos nesta solicitude e documentación anexa, serán rexistrados en ficheiros, responsabilidade da Consellería de Traballo e Benestar para a súa xestión, non estando prevista ningunha cesión dos ditos datos. Os dereitos de acceso, rectificación, cancelación de datos e oposición poderanse realizar nos termos previstos na citada lei".

..... de de 200.....

Selo

Sinatura