

INFORME DE SALUD MENTAL PARA LA SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE LA SITUACION DE DEPENDENCIA

Datos personales

Nombre	1 ^{er} apellido	2 ^o apellido
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad: DNI/NIF

Diagnóstico y Tratamiento

Diagnóstico Principal	CIE10	Tiempo evolución
Diagnósticos Secundarios	CIE10	Tiempo evolución

Grado de discapacidad intelectual si la hubiere	Leve 70-50/55	Moderado 50/55-35/40	Grave 35/40-20/25	Profundo <20/25
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problemática asociada	Psicológica	Psiquiátrica	Social	Sanitaria
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Describir:

Tratamiento::

Indique el tratamiento rehabilitador más adecuado para el paciente:

SISTEMA SANITARIO

- Hospital de Día
- Comunidad Terapéutica
- Unidad/Proceso de Rehabilitación
- Unidad Hospit. Media Estancia
- Unidad Hospit. Larga Estancia

SISTEMA SOCIAL: SAAD

- Servicio de Promoción de la Autonomía Personal
- Servicio de Atención Temprana
- Servicio de Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a Domicilio
- Servicio de Centro de Día
- Servicio de Atención Residencial
- Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar
- Prestación Económica Vinculada al Servicio
- Prestación Económica de Asistente Personal

Evolución:

Indique la posible evolución de la enfermedad

Mejoría Estable Progresiva Brotes Continua Deterioro progresivo

Forma clínica predominante:

Síndrome deficitario Síntomas negativos Síntomas positivos Conducta desorganizada Afectación cognitiva
Otras:

Describir:

Características conductuales

AUTOLESION HETEROAGRESIVIDAD AGITACIÓN ESTEREOTIPIAS RETRAIMIENTO C. DISRUPTIVA
 C. SOCIAL OFENSIVA DESTRUCCIÓN DE OBJETOS C. NO COLABORADORA CONSUMO TÓXICOS CONSUMO ALCOHOL
 OTRAS (ESPECIFICAR):

Situación Basal:

Encamado/a Falta de adherencia al tratamiento precisando medicación de liberación prolongada
Silla de ruedas Ausencia de iniciativa Ausencia de la coherencia en sus actuaciones

Datos Complementarios

	si	no
Vive solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta restricción de la participación social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta dificultad por el mantenimiento de la atención, concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fracaso en la adaptación a circunstancias estresantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de actividad laboral/escolar normalizada salvo en periodos de descompensación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posibilidad de actividad laboral/escolar en puestos adaptados, centro especial de empleo o con supervisión mínima en centros ocupacionales, (centros de educación especial, aula abierta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imposibilidad de actividad laboral/escolar o rendimiento muy pobre en centros ocupacionales incluso con supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta anticipación y sentido del peligro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Adecuada a su edad	No adecuada a su edad
Lecto-escritura comprensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psico motricidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Adecuado a su edad	No adecuado a su edad
Lenguaje expresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenguaje comprensivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenguaje pragmático (Teoría de la mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		si	no
Toma de decisiones	Capacidad de dirigir hábitos alimenticios diarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacidad de dirigir hábitos de higiene personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacidad de planificación de desplazamientos fuera del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conducta adecuada en relación con extraños/iguales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conducta adecuada en relación con familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacidad para gestionar presupuesto cotidiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacidad para organizar el tiempo y actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacidad de gestionar uso de servicios públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Restricciones a destacar

		Sí	No
Lenguaje expresivo	Lenguaje comprensible por no habituales a su entorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comunicación comprensiva sólo para sus habituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comunicación muy primaria (gestos, gritos, llantos, sonidos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenguaje comprensivo	Comprensión adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sólo comprende órdenes verbales sencillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sólo comprende órdenes verbales simples si son imperativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relación	Conducta adecuada en relación con los extraños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Conducta adecuada en las relaciones informales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Capacidad para gestionar adecuadamente el presupuesto cotidiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afectación cognitiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Las realiza por sí solo/a de forma aceptable sin necesidad de apoyo, estímulo o supervisión	La realiza por sí solo/a de forma aceptable sin necesidad de apoyo, estímulo o supervisión, PERO solo tareas y rutas aprendidas	La realiza por sí solo/a con necesidad de supervisión o estímulo puntual en ambientes protegidos o conocidos	Necesita del apoyo de otra persona de forma continuada incluso en ambientes protegidos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FECHA REVISIÓN POR EL EQUIPO DE SALUD MENTAL

RESULTADOS DE TEST REALIZADOS:

Señale LOS RESULTADOS DE LOS TEST FUNCIONALES QUE SE HAYAN REALIZADO Y FECHA DE REALIZACION

MINIMENTAL		-	
GDS		-	
WAISS		-	
---		-	
<u>OBSERVACIONES:</u>			

Informe emitido por Dr/Dra: _____ Organismo Público: _____

Lugar y Fecha:

Sello o Etiqueta y firma

INFORMACIÓN SOCIOSANITARIA

Dispositivo de salud mental donde se encuentra atendido/a en la actualidad (Si procede):

Otros Agentes Implicados:

OBSERVACIONES:

Propuesta de Servicio / Prestación:

SISTEMA SANITARIO

- Hospital de Día
- Comunidad Terapéutica
- Unidad/Proceso de Rehabilitación
- Unidad Hospit. Media Estancia
- Unidad Hospit. Larga Estancia

SISTEMA SOCIAL: SAAD

- Servicio de Promoción de la Autonomía Personal
- Servicio de Atención Temprana
- Servicio de Teleasistencia
- Servicio de Ayuda a Domicilio
- Servicio de Centro de Día
- Servicio de Atención Residencial
- Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar
- Prestación Económica Vinculada al Servicio
- Prestación Económica de Asistente Personal

Fdo:

Puesto:

Fecha