

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

Datos personales

Nombre	1^{er} Apellido	2º Apellido
Fecha de nacimiento	Sexo	DNI/NIF

Diagnóstico y Tratamiento: Indique los diagnósticos de aquellas enfermedades que en su opinión están limitando la autonomía del paciente de forma importante, prolongada o permanentemente. Como máximo 3 - 4 diagnósticos. Indique igualmente el tratamiento actual que realiza y que puede interferir en la autonomía del paciente (ansiolíticos, antidepresivos, antihistamínicos, opiáceos, neurolépticos...).

Diagnóstico	CIE10	Tiempo transcurrido desde inicio del proceso

Tratamiento:

Evolución:

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

Situación Basal:

TEST BARTHEL:

ÍNDICE DE FRAGILIDAD (VIG-Frágil):

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS):

NECPAL:

Descripción del dominio funcional:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Camina con ayuda:[] • Utiliza silla de ruedas:[] • Inmovilizado: [] | <ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de beber y/o alimentarse solo: [] • Incapaz de asearse y/o vestirse solo: [] • Incontinencia urinaria y/o fecal con empleo de absorbentes:[] |
|--|---|

Descripción del dominio cognitivo / salud mental

- Presenta delirios y/o alucinaciones: []
- Presenta trastornos de memoria: []
- Presenta desorientación temporo-espacial importante: []
- Presenta trastornos de conducta y del comportamiento que signifiquen un peligro para la persona y /o para terceros []

Pérdida total de autonomía física, mental o intelectual, que exija el apoyo indispensable y continuo de otra persona, para cualquier actividad básica de su vida diaria*: Sí / No

Enfermedad grave especialmente agresiva e invalidante*: Sí /No

Informe emitido por Dr./Dra:

Organismo:

Lugar y Fecha: