**Código Guía de Servicios 7402**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Este informe sólo es válido para Usuarios de regímenes públicos - MUFACE- MUJEJU-ISFAS- que han elegido como opción de atención sanitaria una distinta a Seguridad Social - ASISA, ADESLAS  Si usted es usuario de Seguridad Social , el informe de salud deberá solicitarlo a su médico de Atención Primaria en su Centro de Salud , quien emitirá el modelo adecuado incluido en OMI-AP ( software de gestión medica de A primaria)  **Datos personales Código guía de servicios 2115** | | | | |
| Nombre | 1r. apellido | | 2o. apellido | |
| Fecha de nacimiento | Sexo  hombre mujer |  | | DNI/NIF |

**Diagnóstico y Tratamiento (1)**

-Indique como máximo tres diagnósticos principales que sean determinantes en la situación de Dependencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnóstico** | **CIE10** |  | **Tiempo transcurrido desde inicio del proceso** |
|  |  |  | < 1 mes 2-6 meses 6-12 meses > de 12 meses |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Tratamiento:** | | | |

(1): Indique los diagnósticos de aquellas enfermedades que en su opinión están limitando la autonomía personal del paciente de forma importante, prolongada o permanentemente. . Indique igualmente el tratamiento actual que realiza y que pueda interferir en la autonomía del paciente: (Ansiolíticos , Antidepresivos, Antihistamínicos, Opiáceos, Neurolépticos ……)

Los diagnósticos deben de estar debidamente codificados en CIE 10.

**-Indique si precisa algún tipo de tratamiento rehabilitador**: No precisa tratamiento rehabilitador

Sí, precisa para mantener su situación física y/o Mental  Sí, precisa para mejorar su situación física y/ o mental

**Evolución:**

Indique la posible evolución de la enfermedad

Mejoría  Estable  Progresiva  Brotes

**Medidas de soporte actualmente empleadas:**

Oxigenoterapia  Sueroterapia  Nutrición Enteral por SNG  N. parenteral

S. vesical  SNG  Ostomías  Pañales o similares

Otras:\_\_

**Ayudas Técnicas que actualmente tiene prescritas y utiliza: (especificar)**

Prótesis  Órtesis  Sujeción mecánica  Andador

(Indicar)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Situación Basal: Encamado**  **Cama/sillón**  **Silla de ruedas**

**Niños de 6 meses o menos**

Indicar el peso en gramos al nacer. Peso al nacer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_grs.

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

Lugar y Fecha:

Sello o Etiqueta y firma

**INFORME SOBRE LA AUTONOMIA DE LA PERSONA**

**( a rellenar por facultativo, personal de enfermería o terapeuta habitual)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | La realiza por si solo  sin dificultad | La realiza por si solo  con dificultad | Necesita de otra  persona |
| Alimentación |  |  |  |
| Micción/defecación |  |  |  |
| Aseo |  |  |  |
| Vestido |  |  |  |
| Otros cuidados  Corporales |  |  |  |
| Cuidado de su propia  salud |  |  |  |
| Toma de decisiones |  |  |  |
| Desplazarse |  |  |  |
| Tareas domésticas |  |  |  |
| Trastornos de  conducta | Ausentes o leves | Moderados | Graves  Con hetero agresividad |

**Observaciones:**

|  |
| --- |
| Señale otras observaciones de interés en relación con el estado de salud de la persona    Fecha: Firma: |