



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

INFORME DE CONDICIÓN 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)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	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="radio"/> Solicitud inicial de recoñecemento da situación de dependencia <input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> Menos de 1.100 g. <input type="radio"/> Entre 1.100 e 1.500 g. <input type="radio"/> > 1.500 e < 2.200 g. <input type="radio"/> Máis de 2.200 g.

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	
Demencias e enfermidades neurodegenerativas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patoloxía traumática	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves do comportamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioración cognitiva	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica

*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="radio"/> Recibe <input type="radio"/> Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras <input type="radio"/> Non recibe <input type="radio"/> 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"/> Absorbentes	<input type="checkbox"/> Próteses/ortoses
<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Suxeición 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 (obrigado cumprimento).

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

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

SI NON

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 SAUDE	Nº COLEXIADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sinatura	Selo
----------	------