

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA SILLA DE RUEDAS

LLENAR POR EL MÉDICO SOLICITANTE

INFORMACIÓN GENERAL

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____ Fecha pedido: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Posee Certificado de Discapacidad: Si No

Padre o tutor en caso de ser menor

DNI: _____

Centro de Salud / Hospital: _____ Médico Referente: _____

Usuario previo de Silla de Ruedas: Si No desde año: _____

Último pedido de Silla: _____ año: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD

BREVE RESUMEN HISTORIA CLÍNICA:

Riesgo de UPP Si No

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS PLANTEADOS:

DETALLAR LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

Posee Control cefálico _____ Si No

Posee Control de tronco _____ Si No

Usa ambos miembros superiores _____ Si No

Puede propulsar una silla de ruedas _____ Si No

Usa solo uno de sus miembros superiores _____ Si No

Cual: _____

El paciente puede pararse _____ Si No

El paciente puede deambular dentro de su casa _____ Si No

El paciente puede deambular fuera de su casa _____ Si No

Se solicita SILLA DE RUEDAS PARA:

Uso Temporario ___

Uso Definitivo ___

Uso Diario _____

Escolaridad _____

Rehabilitación _____

Centro de día _____

otros ___

Detalle cual _____

Firma y Sello del Médico Prescriptor

PROTOCOLO DE PRESCRIPCIÓN DE SILLA DE RUEDAS

TIPO DE SILLA DE RUEDAS SOLICITADA

- Estándar Manual
- Postural
- Pediátrica modelo paragüitas
- Silla de Ruedas Motorizada con comando eléctrico

PESO DEL USUARIO

- Hasta 100 Kg
- Más de 100 Kg

TIPO

- No plegable
- Plegable FRONTAL LATERAL
- Ultraliviana

MATERIAL

- Acero Aluminio
- CromoMod
- Otros

Justificativo: _____

RESPALDO

- Fijo a 90° Reclinable Características _____
- Lona
- Postural de base sólida Ancho _____ Alto _____
- Otros

ALTURA DEL RESPALDO

- Entre 25-35 Entre 35 - 45 Entre 45 - 55 Entre 55 - 65 Otro: _____
- Sistema TILT Ángulo predeterminado de TILT _____

APOYA BRAZOS

- Estándar Modelo Escritorio
- Desmontable Rebatibles Regulable en altura

Justificativo: _____

APOYA PIES

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Metálico | <input type="checkbox"/> Aluminio | <input type="checkbox"/> Con apoya pierna |
| <input type="checkbox"/> Con cincha en talón | <input type="checkbox"/> Con cincha en dorso de pie | <input type="checkbox"/> Sin cinchas |
| <input type="checkbox"/> Estándar fijo | <input type="checkbox"/> Articulados | <input type="checkbox"/> Móvil en plano frontal |
| | <input type="checkbox"/> Móvil en plano sagital | |
| | <input type="checkbox"/> Regulables en altura | |

TIPO DE PEDANA

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Plásticas | <input type="checkbox"/> Metálicos | |
| <input type="checkbox"/> Desmontables | <input type="checkbox"/> Rebatibles | <input type="checkbox"/> Regulables en altura |

Justificativo: _____

RUEDAS TRASERAS

Tamaño diámetro _____

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inflables | <input type="checkbox"/> Macizas | <input type="checkbox"/> Otras _____ |
| <input type="checkbox"/> Llanta rayos de acero | <input type="checkbox"/> Llanta rayos de plástico | |
| <input type="checkbox"/> Aro de Propulsión aluminio | <input type="checkbox"/> Aro de Propulsión antideslizantes | <input type="checkbox"/> Tetones (Pines) |
| <input type="checkbox"/> Comando de aro de propulsión Bimanual | <input type="checkbox"/> Comando de aro Unimanual | |
| <input type="checkbox"/> Con freno de mano Bimanual | <input type="checkbox"/> Con freno de mano Unimanual | <input type="checkbox"/> Sin Freno |

Justificativo: _____

RUEDAS DELANTERAS

Diámetro: _____

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Macizas | <input type="checkbox"/> Neumáticas | <input type="checkbox"/> Otras _____ |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|

ACCESORIOS

- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mesa escotada | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tipo _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ruedas Antivuelco | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pechera | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tipo _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cinturón | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tipo _____ |
| <input checked="" type="checkbox"/> Apoya cabeza | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tipo _____ |

Cantidad de componentes de apoya cabeza _____

- | | | |
|--|---|-----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Con Cincha de Frente | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Desmontable | <input type="checkbox"/> No Desmontable | |

Otros modelos de sujeción cefálica _____

- ✓ Estabilizadores Laterales Si No Fijos Desmontables
- ✓ Cuñas abductoras Si No Fijos Desmontables
- ✓ Eje trasero Retrasado cm _____ Estándar

Otras aclaraciones: _____

MEDIDAS DE LA SILLA

- ✓ Ancho de Asiento
- ✓ Profundidad
- ✓ Altura de pedana-asiento
- ✓ Altura del respaldo
- ✓ Altura del apoya brazos
- ✓ Altura de apoya cabeza
- ✓ Altura del asiento desde el piso Anterior _____ Posterior _____
- ✓ Altura de estabilizadores laterales

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____

Lugar de Trabajo: _____

FIRMA Y SELLO

FORMULARIO PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE O FAMILIAR

MEDIO AMBIENTE

Domicilio: _____ **Barrio:** _____ **Ciudad:** _____

ZONA DONDE VIVE:

Urbana Suburbana Rural

Calles de Tierra Mejorado Asfalto

ACCESIBILIDAD

HOGAR	TRABAJO / ESTUDIO
<p>INGRESO</p> <p>Escalones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>A Nivel: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Rampa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ancho de puerta: _____</p> <p>Ascensor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ancho: _____</p> <p>Profundidad: _____</p> <p>INTERIOR</p> <p>Escalones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>A Nivel: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ancho de puerta más angosta: _____</p>	<p>INGRESO</p> <p>Escalones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>A Nivel: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Rampa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ancho de puerta: _____</p> <p>Ascensor <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ancho: _____</p> <p>Profundidad: _____</p> <p>INTERIOR</p> <p>Escalones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>A Nivel: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ancho de puerta más angosta: _____</p>

¿ Usa transporte público ? Si No

¿ Realiza transferencias ? Si No (Transferencia da cuenta si se puede pasar sólo de una silla de ruedas a la cama o al Auto, entre otras cosas).

¿ El paciente Conduce? Si No

TRANSPORTE

✓ AUTOMÓVIL: Independiente Si No Dependiente / Montacargas Si No

✓ VAN: Independiente Si No Dependiente / Montacargas Si No

FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

PROVEEDOR:
DOMICILIO: CALLE Y N°
LOCALIDAD:

ELEMENTO:
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE:
EDAD:
SE ADJUNTA AL PRESENTE FOTOCOPIA DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA EXTENDIDA POR EL PROFESIONAL:

RECIBIDO:

FECHA: / /

FIRMA Y ACLARACIÓN:

NOTA: A LOS FINES DE SU EVALUACIÓN LOS PRESUPUESTOS DEBERÁN CONTENER INFORMACIÓN DETALLADA DEL PRODUCTO OFRECIDO. LA EVALUACIÓN DE ELEMENTOS ESTARÁ A CARGO DE UN MÉDICO FISIATRA QUIEN REALIZARÁ SU RECOMENDACIÓN EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO, EDAD Y PRONÓSTICO DEL PACIENTE Y POSTERIOR COMPARATIVA DE COSTOS.
