



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
- Pediatrica modelo paragüitas
- Silla de Ruedas Motorizada con comando eléctrico

PESO DEL USUARIO

- Hasta 100 Kg
- Más de 100 Kg

TIPO

- No plegable
 - Plegable
 - Ultraliviana
- FRONTAL LATERAL

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 sagital |
| | <input type="checkbox"/> Regulables en altura | <input type="checkbox"/> Móvil en plano frontal |

TIPO DE PEDANA

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Plásticas | <input type="checkbox"/> Métalicos | |
| <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 Unimano | |
| <input type="checkbox"/> Con freno de mano Bimanual | <input type="checkbox"/> Con freno de mano Unimano | <input type="checkbox"/> Sin Freno |

Justificativo: _____

RUEDAS DELANTERAS

Diámetro: _____

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

ACCESORIOS

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

Cantidad de componentes de apoya cabeza _____

- | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| ✓ 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
INGRESO	INGRESO
Escalones:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
A Nivel:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Rampa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ancho de puerta:	_____
Ascensor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ancho:	_____
Profundidad:	_____
INTERIOR	INTERIOR
Escalones:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
A Nivel:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ancho de puerta más angosta	_____
Ancho de puerta más angosta	_____

¿ 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 Sí No

Dependiente / Montacargas Si No

VAN: Independiente Si No

Dependiente / Montacargas Si No

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.