



INFORME DE CONDICIÓN DE SAÚDE

1. SOLICITANTE (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATA DE NACEMENTO IDADE MOTIVO DO INFORME

Solicitude inicial de recoñecemento Revisión do recoñecemento

2. DATOS DA DISCAPACIDADE QUE ALEGA A PERSOA SOLICITANTE

A DOLENCIA QUE ALEGA É

Física Intelectual Mental Sensorial

3. DIAGNÓSTICOS

Indique os diagnósticos* das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados con el desarrollo, de carácter permanente, prolongado, crónico o de larga duración

PATOLOXÍAS	DIAGNÓSTICO (obrigado cumprimento)	DATA DIAGNÓSTICO (obrigado cumprimento)	CODIFICACIÓN		FASE EVOLUTIVA
			CLASIFICACIÓN	CÓDIGO	
Demencias e enfermidades neurodexenerativas					<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="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Patoloxía traumática					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Trastornos graves do comportamento					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioro cognitivo					<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="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica
					<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

HIXIÉNICO/DIETÉTICO

PSICOTERAPÉUTICO

INDICACIÓNS MÉDICAS DE SOPORTE TERAPÉUTICO, FUNCIONAL E/OU PRODUTOS DE APOIO

REHABILITADOR

Recibe Non recibe Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras

OUTROS



5. INDIQUE AS MEDIDAS DE SOPORTE FUNCIONAL, SOPORTE TERAPÉUTICO E AXUDAS TÉCNICAS QUE TÉN PRESCRITAS
(obrigado cumprimento)

- Oxigenoterapia Soroterapia Nutrición enteral por SNG/PEG Nutrición parental
 S. Vesical Ostomías Absorbentes Próteses/ortoses
 Andador Cadeira de rodas Suxeición mecánica
 Outros

6. INDIQUE SE EXISTE NECESIDADE DE APOIO PARA AS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO
(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

8. INDIQUE SE A PERSOA SE PODE TRASLADAR FÓRA DO DOMICILIO

- SI NON

9. IDENTIFICACIÓN DO/DA PROFESIONAL QUE EMITE O INFORME (obrigado cumprimento)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DATA DO INFORME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ORGANISMO/CENTRO DE SAÚDE			Nº COLEXIADO/A
<input type="text"/>			<input type="text"/>

SINATURA DO/DA PROFESIONAL

SELO

Lugar e data

, de de