

INFORME MÉDICO

Recoñecemento efectuado ó solicitante do Servicio de Axuda no fogar D. /

Da _____.

Polo doctor D. _____.

_____.

Colexiado nº. _____ de _____ Médico de _____ Data

_____.

(Marcar cunha X o que proceda)

A- Padece enfermidade infecto-contaxiosa.	SI	NON
B- Encóntrase inmovilizado na cama, necesitando coidados de maneira permanente.	SI	NON
C- Presenta enfermidade dexenerativa grave que pode producir alteracións na convivencia.	SI	NON

1.- SITUACIÓN FÍSICA

CONTINENCIA		
VESICAL	. Continente control total	<input type="checkbox"/>
	. Frecuentemente incontinente: tende a ser incontinente diariamente pero existe algún control (por ex. durante o día)	<input type="checkbox"/>
	. Incontinente: múltiples episodios diarios	<input type="checkbox"/>
INTESTINAL	. Continente control total	<input type="checkbox"/>
	. Frecuentemente Incontinente episodio de incontinencia 2 ou 3 veces por semana.	<input type="checkbox"/>
	. Incontinente todo ou case todo o tempo.	<input type="checkbox"/>
CAPACIDADE FUNCIONAL		
PREPARA-LA COMIDA	(Planificación do menú, cociñar, poñe-la mesa)	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
AMAÑA-LA CASA	Como realiza-las tarefas domésticas ordinarias: face-la cama, limpia-lo po, ordena-la casa, lava-la roupa.	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
MANEX O DO DIÑEIR O	Como paga-las facturas, leva-las contas, valora-los gastos da casa	
	. Independente	<input type="checkbox"/>

	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependente	<input type="checkbox"/>
TOMA DE MEDICAMEN TO	Como controla-la medicación (recordar tomala, abri-los frascos, toma-la dose correcta)	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependente	<input type="checkbox"/>
USA-LO TELÉFONO	Como se realizan e reciben chamadas (incluidas axudas técnicas como números grandes no teléfono, amplificadores de voz)	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependente	<input type="checkbox"/>
FACE-LAS COMPRAS	Como se fai a compra de alimentos e productos para o fogar (selecciona-lo que se vai comprar, manexa-lo diñeiro)	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependente	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE	Como o usuario usa algún vehículo (vai a sitios onde non pode chegar andando, transporte público ou individual)	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependente	<input type="checkbox"/>
MOVILIDADE NA CAMA	Móvese desde/cara á posición de tombado, dá a volta dun lado ó outro e cambia de posición na cama.	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependencia total	<input type="checkbox"/>
TRANSFEREN- CIAS	Móvese entre superficies cara a/desde: cama, cadeira, cadeira de rodas, posición de pé (excluido ir de/ó baño WC).	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependencia total	<input type="checkbox"/>
DEAMBULA-CIÓN	Móvese entre o seu cuarto e o comedor contiguo do seu mesmo piso. Se usa cadeira de rodas, é independente unha vez sentado	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependencia total	<input type="checkbox"/>
VEST IRSE	Inclúe prepara-la roupa, sacándoa do armario, poñela, quitala, vestirse, abrocharse, quitar toda a roupa de sair a rúa, incluíndo quitar ou poñer próteses.	
	. Independente	<input type="checkbox"/>

	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependencia total	<input type="checkbox"/>
COMER	Inclúe comer con calquera método, incluso sonda nasogástrica	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependencia total	<input type="checkbox"/>
USA-LO ASEO	Comprende o uso do aseo (ouriñal de asento, cuña, etc.). Cómo se levanta e se senta, cómo se lava despois, se cambia os absorbentes, ou manexa a sonda ou a ostomia e axusta a roupa.	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependencia total	<input type="checkbox"/>
HIXENE PERSOAL	Mantén a propia hixiene, incluíndo peitearse, cepilla-los dentes, afeitarse, maquillarse, lavar e seca-la cara, as mans e o periné (excluíndo baños e duchas).	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependencia total	<input type="checkbox"/>
BAÑARSE	Cómo toma o usuario a ducha ou o baño e se move dentro/fora da bañeira/ducha (exclúe lava-la cabeza e as costas). Rexístrase da forma seguinte:	
	. Independente	<input type="checkbox"/>
	. Necesita axuda	<input type="checkbox"/>
	. Dependencia total	<input type="checkbox"/>
SUBI-LAS ESCALEIRAS	. Sobe e baixa sen axuda	<input type="checkbox"/>
	. Sobe e baixa con axuda	<input type="checkbox"/>
	. Incapaz de facelo	<input type="checkbox"/>
RISCO DE CAÍDAS	. Ningún	<input type="checkbox"/>
	. Camiña dunha forma inestable	<input type="checkbox"/>
	. Limita sair fóra da casa por medo a caer	<input type="checkbox"/>

2.- SITUACIÓN PSÍQUICA.

(Marcar cunha X)

	Ningunha	Leve	Importante	Total
Desorientación témporo-espacial				

Alteracións de percepción				
Descontrol emocional				
Trastornos da memoria				
CAPACIDA DE PARA TOMA DE DECISIONS	. Independente: decisións razoables/consecuentes	<input type="checkbox"/>		
	. Moderadamente alterada: decisións pobres, requírese supervisión ou estímulos.	<input type="checkbox"/>		
	. Gravemente alterada: nunca, raramente toma decisións	<input type="checkbox"/>		
COMPORTEAMENTO PROBLEMÁTICO	. Deambulador moveuse sen propósito racional identificado, parece alleo as súas necesidades ou á súa seguridade.	<input type="checkbox"/>		
	. Verbalmente agresivo ameazou, berrou, insultou a outros	<input type="checkbox"/>		
	. Fisicamente agresivo pegou, empuxou, rabuñou a outros.	<input type="checkbox"/>		
	. Comportamento social inadecuado emitiu sons incoherentes, berrou, autolesionouse, realizou actos obscenos, lanza comida ou heces.	<input type="checkbox"/>		
	. Resistencia ante os cuidados negouse a toma-la medicación, a que lle poñan inxeccións, a recibir-los cuidados básicos diarios.	<input type="checkbox"/>		

3.- SITUACIÓN SENSORIAL

AUDICIÓN (Con apare - llos se os utiliza)	. Oe adecuadamente conversación normal, TV, teléfono	<input type="checkbox"/>
	. Dificultade a persoa que lle fala ten que axusta-lo ton de voz e falar claro.	<input type="checkbox"/>
	. Audición moi diminuída ou ausencia total de audición	<input type="checkbox"/>
CAPACIDA DE PARA FACERSE ENTENDER	. Enténdeselle	<input type="checkbox"/>
	. Normalmente enténdeselle: a súa capacidade está limitada a peticións moi concretas.	<input type="checkbox"/>
	. Raramente ou nunca se lle entende	<input type="checkbox"/>
VISION (Con gafas se as utiliza)	. Adecuada ve detalles finos(incluíndo impresión normal de libros e xornais).	<input type="checkbox"/>
	. Deficiente, incapaz de ve-los titulares dos xornais, parece seguir-los obxectos cos ollos.	<input type="checkbox"/>
	. Deficiencia severa, non ve ou parece que só distingue luz, cores ou siluetas.	<input type="checkbox"/>

XUIZO DIAGNÓSTICO. (Reflexarase a causa médica que provocou a incapacidade física e/ou psíquica sinalada. Especificarase tratamento e evolución).

(Data e sinatura)