

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 De?nitivo ___

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 paraguaitas
- 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 ?jo | <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 |

Justi?cativo: _____

RUEDAS TRASERAS

Tamaño diámetro _____

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> In?ables | <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 |

Justi?cativo: _____

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	
INGRESO		INGRESO	
Escalones:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escalones:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
A Nivel:	<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	Rampa:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ancho de puerta:	_____	Ancho de puerta:	_____
Ascensor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ascensor	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Ancho: _____		Ancho: _____
	Profundidad: _____		Profundidad: _____
INTERIOR		INTERIOR	
Escalones:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escalones:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
A Nivel:	<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 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.

