

## PROTOCOLO PARA LA PRESCRIPCIÓN ORTOPROTÉSICA DE PRODUCTOS DE ESPECIAL PRESCRIPCIÓN (PSE 020E)

(Debe ser el facultativo quién cumplimente todos los campos)

### Responsable de la prescripción

Nombre y Apellidos:..... N° Colegiado:.....

Especialidad:.....Centro Hospitalario:.....

### Datos de identificación del afiliado

Nombre y Apellidos:.....

N° de Afiliación:.....

### Motivo de la prescripción

Enfermedad común:

Acto de Servicio:

### Diagnóstico

Discapacidad o patología que justifica la prescripción y patologías concomitantes que influyan en la misma:

.....  
.....  
.....  
.....

**El médico prescriptor debe garantizar y comprobar que el/la paciente cumple los siguientes requisitos:**

### Situación clínica

- Se ha confirmado de forma objetiva que no presenta deterioro cognitivo: Si  No
- Se ha confirmado que no presenta patología concomitante que dificulte la función de la prótesis: Si  No
- Se ha confirmado que presenta una condición adecuada del miembro residual para permitir la función de la prótesis: Si  No
- Se ha confirmado que esta prescripción aporta una mejora a su autonomía personal respecto a otros tipos de productos del Catálogo: Si  No



**Situación social**

- Se ha confirmado que existe un entorno adecuado para el buen uso y mantenimiento de la prótesis: Si  No

**Entrenamiento con simulador**

- Se ha realizado un entrenamiento previo a la prescripción de la mano, que objetive y demuestre: la obtención de buenas señales mioeléctricas residuales con fuerza funcional, buen control y coordinación de las diferentes señales y capacidad y agilidad para cambiar las diferentes señales (comprobación presencial o telemática):  
Si  No
- Existe una adecuada actitud, motivación y colaboración del paciente en el uso y mantenimiento de la prótesis: Si  No

**Prescripción**

Tipo de producto (Código y descripción): PSE 020E Mano eléctrica multiarticulada para uso por amputados bilaterales en la extremidad dominante. (Especial prescripción y de acuerdo a un protocolo).

Marca y modelo de la mano eléctrica:

.....  
.....  
.....

**Sello y firma del responsable de la prescripción**

(Obligatorios ambos)

Lugar y fecha:.....