

PROTOCOLO PARA LA PRESCRIPCIÓN ORTOPROTÉSICA DE PRODUCTOS DE ESPECIAL PRESCRIPCIÓN (PSU 020D)

(Debe ser el facultativo quién cumplimente todos los campos)

Responsable de la prescripción

Nombre y Apellidos:..... Nº Colegiado:.....

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

Datos de identificación del afiliado

Nombre y Apellidos:.....

Nº 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): PSU 020D Articulación de muñeca para mano eléctrica multiarticulada. (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:.....