

Anexo 20:

FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS PROTÉSICOS 2018

Fecha de indicación

/ /

I. Antecedentes personales del solicitante

Nombre

Run

-

Diagnóstico(s)

Descripción funcional y/o características físicas

(Justificación de la solicitud de la ayuda técnica)

Limitación en la funcionalidad¹

Leve

Moderado

Severo

II. Ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)

En caso de requerir sólo reparación o cambio de componentes, omitir ítem II y completar directamente ítem III.

Antecedentes médicos

Origen de la secuela: Congénita Traumática Diabetes Enf. Vascular

Neurológica

Tumor

Otra:

Tiempo de amputación (meses):

Tiempo uso de prótesis (meses):

Nivel de amputación: Bajo rodilla

Sobre rodilla

Desarticulada de cadera

Bajo codo

Sobre codo

Desarticulada de hombro

Pie

Mano

Dedos

Prótesis (según nivel de amputación):

Transtibial

Transfemoral

Desarticulada de cadera

Transradial

Transhumeral

Desarticulada de hombro

Lisfranc

Chopart

Syme

Mano

Dedos

Segmento a tratar

Derecho

Izquierdo

Bilateral

¹Se refiere al grado de funcionamiento del usuario(a) en relación al contexto y su desempeño en las actividades cotidianas.

Consideraciones de amputación: indique

- ¿Cumple con las condiciones médicas y físicas adecuadas para uso de prótesis? * Sí No
- ¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento pre-protésico? Sí No
- ¿Considera entrenamiento protésico? Sí No
- Uso de prótesis antigua Sí No

Importante: de no cumplir con las condiciones médicas y físicas para la utilización de prótesis, no se aceptará esta solicitud.

Componentes de prótesis miembro superior

Prótesis de miembro superior	Tipo de prótesis <input type="checkbox"/> Modular <input type="checkbox"/> Convencional	Sujeción
	Socket	Montaje muñeca <input type="checkbox"/> Con rosca <input type="checkbox"/> Con bloqueo
	Codo	Prótesis dedos
	Terminación <input type="checkbox"/> Gancho <input type="checkbox"/> Mano cosmética <input type="checkbox"/> Mano mecánica <input type="checkbox"/> Guante	
	Material	

Componentes de prótesis miembro inferior

Prótesis de miembro inferior	Tipo de prótesis <input type="checkbox"/> Modular <input type="checkbox"/> Convencional	Pierna
	Socket	Sujeción auxiliar
	Interfase	Material
	Rodilla <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Autobloqueante <input type="checkbox"/> Policéntrica	
	Tipo pie <input type="checkbox"/> Sach <input type="checkbox"/> Articulado <input type="checkbox"/> Dinámico	
	Sistema sujeción <input type="checkbox"/> Correas <input type="checkbox"/> Elástico <input type="checkbox"/> Succión <input type="checkbox"/> Shuttle lock	

III. Reparaciones o cambio de componentes

Importante: puede solicitar un máximo de dos componentes. La solicitud de dos componentes, serán considerados como una ayuda técnica.

Tipo de elemento

Socket	<input type="checkbox"/> PTB	<input type="checkbox"/> PTS	<input type="checkbox"/> KBM	<input type="checkbox"/> ML estrecho	<input type="checkbox"/> Cuadrilátero
Interfase	<input type="checkbox"/> Poliform	<input type="checkbox"/> Liner de silicona			
Sistema de sujeción	<input type="checkbox"/> Succión	<input type="checkbox"/> Elástico	<input type="checkbox"/> Correas	<input type="checkbox"/> Shuttle lock	
Rodilla	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Autobloqueante	<input type="checkbox"/> Policéntrica		
Pie	<input type="checkbox"/> Sach	<input type="checkbox"/> Articulado	<input type="checkbox"/> Dinámico		

Importante: Detallar características técnicas de los componentes a reparar o cambiar.

IV. Plan de intervención asociado a la(s) ayuda(s) técnica(s)

Marque las áreas de inclusión más relevantes e indique objetivos para cada una de ellas.

Importante: Realizado por profesional que indica o responsable del plan posterior entrega.

Área de inclusión a favorecer con la(s) ayuda(s) técnica(s) solicitada(s)	Objetivos Importante: deben estar en directa relación con las áreas de inclusión que se busca favorecer
<input type="checkbox"/> Educación: Acceso al sistema educativo (formal, informal o especial).	
<input type="checkbox"/> Participación Comunitaria: Participación en actividades en contextos familiares, políticos, culturales, económicos sociales y de recreación.	
<input type="checkbox"/> Salud: Procesos que favorecen la prevención del aumento en el grado de discapacidad y facilitan la funcionalidad.	
<input type="checkbox"/> Laboral: Acceso al trabajo remunerado (formal e informal) y/o voluntariado.	
<input type="checkbox"/> Actividades de la vida diaria: Actividades básicas e instrumentales que favorezcan la independencia/autonomía.	

V. Profesional que indica y médico que respalda la indicación

Médicos considerados para la indicación de elementos protésicos: médico traumatólogo, médico fisiatra.

Médico que indica	
Nombre	
Run	
Profesión	
Institución	
Comuna	Teléfono(s)
E-mail	
Firma y timbre	