



|   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| PROCEDEMENTO<br><b>RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA</b> | CÓDIGO DO PROCEDEMENTO<br><b>BS210A</b> | DOCUMENTO<br><b>INFORME DE SAÚDE</b> |
|---|---|--------------------------------------|

**INFORME DE CONDICIÓN DE SAÚDE**

(Para o recoñecemento da situación de dependencia e acceso aos servizos e prestacións establecidos na Lei 39/2006, do 14 de decembro).

**1. Solicitante (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)**

|   |                  |   |         |
|---|------------------|---|---------|
| NOME  | PRIMEIRO APELIDO | SEGUNDO APELIDO                                 | DNI/NIE |
| DATA DE NACEMENTO   | IDADE            | MOTIVO DO INFORME                               |         |
| <input type="radio"/> Solicitude inicial de recoñecemento da situación de dependencia |                  | <input type="radio"/> Revisión do recoñecemento |         |

**2. No caso de nenos entre 0 e 6 meses, indique (caso afirmativo, obrigado cumprimento)**

PESO NO MOMENTO DE NACER EN GRAMOS

Menos de 1.100 g     
  Entre 1.100 e 1.500 g     
  > 1.500 e < 2.200 g     
  Máis de 2.200 g

**3. Indique os diagnósticos\* das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, prolongado, crónico ou de longa duración.**

|  | Diagnósticos<br>(obrigado cumprimento) | Data diagnóstico<br>(obrigado cumprimento) | Codificación  |        | Fase evolutiva  |
|--|--|--|---------------|--------|---|
|  |  |  | Clasificación | Código |   |
| Demencias e enfermidades neurodegenerativas  |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva   |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Patoloxía traumática   |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Trastornos graves do comportamento   |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Atraso mental/enfermidade mental/deterioración cognitiva   |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.) |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |  |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |

\*Poderá presentar informes médicos que complementen o modelo normalizado.

**4. Indique os tratamentos actuais, medidas de soporte funcional, axudas técnicas, ortoses e próteses prescritos\* (obrigado cumprimento)**

|                  |  |  |  |
|------------------|--|--|--|
| Farmacolóxicos   |  | Hixiénico/dietético  |  |
| Psicoterapéutico |  | Indicacións médicas de soporte terapéutico, funcional e/ou produtos de apoio |  |
| Rehabilitador    | <input type="radio"/> Recibe <input type="radio"/> Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras<br><input type="radio"/> Non recibe <input type="radio"/> Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras |  |  |
| Outros           |  |  |  |

**5. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas (obrigado cumprimento).**

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oxixenoterapia | <input type="checkbox"/> Soroterapia      | <input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG | <input type="checkbox"/> Nutrición parental |
| <input type="checkbox"/> S. vesical     | <input type="checkbox"/> Ostomías         | <input type="checkbox"/> Absorbentes                   | <input type="checkbox"/> Próteses/ortoses   |
| <input type="checkbox"/> Andador        | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Suxeición mecánica            |   |
| <input type="checkbox"/> Outros         |   |  |   |

6. Indique se existe necesidade de apoio para as actividades de autocoidado (obrigado cumprimento).

Leve

Moderada

Grave

7. Indique se entre as patoloxías descritas, algunha delas cursa en períodos (obrigado cumprimento).

PATOLOXÍA

FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO

ÚLTIMO PERÍODO DA ENFERMIDADE

8. Indique se a persoa se pode trasladar fóra do domicilio

SI

NON

9. Identificación do profesional que emite o informe (obrigado cumprimento).

NOME E APELIDOS

DATA DO INFORME

ORGANISMO/CENTRO DE SAUDE

Nº COLEXIADO

Sinatura

Selo