



*“El Río Atuel también es Pampeano”*

**ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO**

**PLANILLA 3**

**COMPLETADA POR EL EQUIPO SUSCIPTOR:**

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO.....EDAD:.....

Motivo de la prestación solicitada (especificar la finalidad de la inclusión del Acompañante Terapéutico dentro del equipo) y período de tiempo por el cual se solicita.....

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

**Informe Psicológico:**

Antecedentes de la patología, evaluación psicológica del paciente (síntomas relevantes, datos de historia vital, historia sociocultural, etc.).....

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

Diagnóstico según DSM IV.....

Indicación terapéutica (focalizar sobre qué aspecto se centrará el tratamiento)

.....

Cantidad de sesiones mensuales que realiza con el paciente.....

Pronóstico (opinión sobre el probable curso de la patología inmediato y futuro, factores predictivos de buen y mal pronóstico).....

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

Actitud familiar hacia el tratamiento del paciente.....

.....  
.....

Estimación prospectiva del tratamiento.....

**Informe Médico:**

Resumen de Historia Clínica: Patologías, estado clínico actual, tratamiento, medicación, etc.

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

.....  
.....  
.....  
Sufre trastornos de la conducta: SI NO (tachar la que no corresponda)

Describir:.....

Razones por los que se indica un acompañante terapéutico

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

Tareas que realizaría el acompañante terapéutico

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

Observaciones de interés:.....

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

Índice de Barthel (marque con una cruz)

**Comida**

- Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo
- Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona

**Aseo**

- Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.
- Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

**Vestido**

- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
- Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
- Dependiente. Necesita ayuda para las mismas

**Arreglo**

- Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.
- Dependiente. Necesita alguna ayuda

**Deposición**

- Continente. No presenta episodios de incontinencia.
- Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
- Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.

**Micción**

- Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)
- Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos
- Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

**Ir al retrete**

- Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
- Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.
- Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor

**Traslado cama /sillón**

- Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
- Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
- Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.
- Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

**Deambulaci3n**

- Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
- Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador
- Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n
- Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

**Subir y bajar escaleras**

- Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona
- Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
- Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor

**Declaro que hemos evaluado personalmente al paciente**

APELLIDO Y NOMBRE DE LOS PROFESIONALES TRATANTES:

1-.....

2-.....

3-.....

Direcci3n:.....Localidad:.....TE:.....

Direcci3n:.....Localidad:.....TE:.....

Direcci3n:.....Localidad:.....TE:.....

Fecha:...../...../.....

Firma y Sello .....

Firma y Sello .....

Firma y Sello .....