



*“El Río Atuel también es Pampeano”*

**PLANILLA 3**

**COMPLETADA POR EL MEDICO PRESCRIPTOR**

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

DIAGNOSTICO: .....

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

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

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

Razones por los que se indica un acompañante domiciliario

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

Tareas que realizaría el acompañante domiciliario

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

Observaciones de interés:.....

.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO:.....

<b>1 Comer</b>
0 = incapaz
5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)
<b>2 Trasladarse entre la silla y la cama</b>
0 = incapaz. no se mantiene sentado
5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
15 = independiente
<b>3 Aseo personal</b>
0 = necesita ayuda con el aseo personal
5 = independiente para lavarse la cara. las manos y los dientes, peinarse y afeitarse
<b>4 Uso del retrete</b>
0 = dependiente
5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo
10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)
<b>5 Bañarse/ ducharse</b>
0 = dependiente
5 = independiente para bañarse o ducharse
<b>6 Desplazarse</b>
0 = inmóvil
5 = independiente en silla de ruedas en 50 m
10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)
15 = independiente al menos 50 m. con cualquier tipo de muleta, excepto andador
<b>7 Subir y bajar escaleras</b>
0 = incapaz
5 = necesita ayuda física o verbal. puede llevar cualquier tipo de muleta
10 = independiente para subir y bajar
<b>8. Vestirse y desvestirse</b>
0 = dependiente
5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda
10 = independiente, incluyendo bolones, cremalleras, cordones, etc
<b>9 Control de heces:</b>
0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)
5 = accidente excepcional (unokemana)
10 = continente
<b>10 Control de orina</b>
0 = incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa
5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
10 = continente. durante al menos 7 días
<b>Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)</b>

<b>Declaro que he evaluado personalmente al paciente</b>
APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL:.....
Dirección:..... Localidad:..... TEL: .....
Fecha ...../...../.....
.....
Firma y Sello