

ANEXO 2

INFORME MÉDICO PARA EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Dada la incidencia del presente informe en la valoración del expediente de Ayuda a Domicilio, se ruega la cumplimentación de todos los datos contenidos a continuación.

Se cumplimentará un informe por cada miembro de la familia que requiera el S.A.D.

Datos del solicitante/familiar (rellenar sólo si no hay etiqueta):

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Datos (o sello) del médico que realiza el informe:

Nombre y apellidos:

Colegiado nº:

1.- DIAGNÓSTICO DE SALUD DEL PACIENTE:

--

2.- VALORACIÓN DE DEPENDENCIA:

SITUACIÓN FÍSICA - AUTONOMÍA FÍSICA	
VISIÓN Y AUDICIÓN	
1. Visión	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Visión buena (con o sin gafas)<input type="radio"/> Problemas de visión que limitan la lectura o la movilidad (con o sin gafas)<input type="radio"/> Poca o nula visión (incluso con gafas especiales)
2. Audición	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Puede oír voces normales (con o sin audífono)<input type="radio"/> Puede oír sólo voces altas (con o sin audífono)<input type="radio"/> Audición pobre o nula (incluso con audífono)
MOVILIDAD	
3. Desplazamiento	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Camina sin problemas o con dificultad, pero sin ayudas (con o sin prótesis)<input type="radio"/> Camina con dificultad, requiriendo apoyos (del brazo, muletas, andador)<input type="radio"/> Se mueve en silla de ruedas<input type="radio"/> Limitado a la cama durante la mayor parte del día
4. Movilidad de miembros superiores	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Puede utilizar sus brazos, manos y/o dedos sin problemas o con dificultad mínima (con o sin prótesis).<input type="radio"/> Puede utilizar sus brazos, manos y/o dedos parcialmente o con dificultad (con o sin prótesis).<input type="radio"/> No puede utilizar sus brazos, manos y/o dedos.
FUNCIÓN RESPIRATORIA	
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Respira sin problemas<input type="radio"/> Disnea de esfuerzo<input type="radio"/> Disnea de reposo	

Marque con una cruz la casilla que mejor refleje la autonomía del solicitante teniendo en cuenta exclusivamente la situación física. (SÓLO UNA CRUZ POR LÍNEA)				
	Autonomía completa	Autonomía alta, ligera limitación	Autonomía baja, limitación severa	Autonomía nula, dependencia total
Capacidad de autoprotección ¹				
Desplazamiento por la vivienda ²				

¹**Capacidad de autoprotección:** autonomía personal, con las ayudas técnicas de las que dispone el solicitante, para realizar tareas simples en las siguientes áreas:

- Capacidad para solicitar ayuda en una emergencia (usar el teléfono, salir del domicilio, responder llamadas a la puerta, etc...).
- Toma de medicación prescrita (recordar nº de tomas y horario; elegir el medicamento, extraerlo del envase y tomarlo; ...)
- Manejo de dispositivos domésticos relevantes para la seguridad física (pestillos, llaves, cerrojos, grifos, enchufes, mandos de cocina, llave del gas,...)

²**Desplazamiento por la vivienda:** posibilidad de moverse dentro de la vivienda, accediendo a las principales habitaciones en un tiempo razonable, con las ayudas técnicas de las que disponga el solicitante.

Son **ayudas técnicas** los instrumentos, intermediarios entre la persona y el entorno, que a través de medios mecánicos o estáticos, facilitan su relación y permiten una mayor movilidad y autonomía: audífonos, gasfas y lentillas, lupa con iluminación, silla de ruedas, dispositivo de elevación, cubiertos adaptados, etc.

SITUACIÓN PSÍQUICA				
ORIENTACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL				
<ul style="list-style-type: none"> ○ No padece alteraciones en su capacidad de orientación. Lenguaje coherente. Buena memoria. ○ Alteraciones leves y ocasionales sin menoscabo significativo en su capacidad de orientación. Lenguaje incoherente esporádico. Episodios de olvido. ○ Desorientación frecuente. Incoherencias graves en la comunicación. ○ Desorientación total. Deterioro profundo de la memoria y/o del lenguaje que impiden la comunicación. 				
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
<ul style="list-style-type: none"> ○ No muestra problemas de conducta o son leves y no afectan significativamente a la convivencia. ○ Conducta que da lugar a problemas moderados de convivencia y/o autolesividad, por lo que requiere supervisión. ○ Conducta que da lugar a problemas importantes de convivencia y/o autolesividad por lo que requiere atención permanente. ○ Graves problemas de conducta que requieren protección y cuidado constantes. 				
Marque con una cruz la casilla que mejor refleje la autonomía del solicitante teniendo en cuenta exclusivamente la situación psíquica. (SÓLO UNA CRUZ POR LÍNEA)				
	Autonomía completa	Autonomía alta, ligera limitación	Autonomía baja, limitación severa	Autonomía nula, dependencia total
Capacidad de autoprotección ¹				

El estado de salud y la medicación que toma el paciente suponen un riesgo alto de:
CRISIS / CAÍDA / EPISODIO AGUDO QUE REQUERIRÍA ASISTENCIA URGENTE / BAJO

AUTOCUIDADO:

Elija la opción que mejor refleje la limitación de autonomía personal que supone la situación global física y psíquica del solicitante:

Vestido:

- Puede vestirse solo , correcta y completamente
- Puede vestirse solo pero precisa ayuda para abrocharse botones, cinturones, cremalleras, etc.
- Puede vestirse solo parcialmente
- Necesita que le vista completamente otra persona

Comer y beber:

- Come y bebe sin ayuda
- Tiene dificultades leves (no puede cortar alimentos, levantar vasos, etc)
- Tiene gran dificultad para comer y beber y necesita ayuda
- Tienen que darle de comer y beber o se alimenta por sonda.

Aseo personal:

- Puede ducharse/bañarse sin ayuda
- Tiene dificultades para completar algunas actividades de higiene personal como afeitarse, cortarse las uñas, lavarse el cabello, etc.
- Puede lavarse sin ayuda parcialmente (la mitad del cuerpo, lavarse la cara y peinarse, lavarse las manos, etc.)
- Necesita que otra persona le asee.

Control de esfínteres:

- Continencia
- Incontinencia ocasional de orina
- Incontinencia frecuente de orina, sonda y/o incontinencia fecal esporádica
- Incontinencia total.

FECHA: _____

FIRMA Y SELLO,
El Médico de Familia,

Fdo.: _____

Nº Colegiado: _____