



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

### INFORME DE CONDICIÓNS 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)

|                                           |                                         |                                                                                                                                                                     |                                 |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| PRIMEIRO APELIDO<br><input type="text"/>  | SEGUNDO APELIDO<br><input type="text"/> | NOME<br><input type="text"/>                                                                                                                                        | DNI/NIE<br><input type="text"/> |
| DATA DE NACEMENTO<br><input type="text"/> | IDADE<br><input type="text"/>           | MOTIVO DO INFORME<br><input type="checkbox"/> Solicitude inicial de recoñecemento da situación de dependencia<br><input type="checkbox"/> 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:        |                                                |                                            |                                        |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1100 grs | <input type="checkbox"/> Entre 1100 e 1500 grs | <input type="checkbox"/> >1500 e <2200 grs | <input type="checkbox"/> Mais 2200 grs |

#### 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 larga duración:

|                                                                                                                                                    | Diagnósticos<br>(obrigado cumprimento) | Data diagnóstico<br>(obrigado cumprimento) | Codificación         |                      | Fase evolutiva                 |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------------------|
|                                                                                                                                                    |                                        |                                            | Clasificación        | Código               |                                |                                  |
| Demencias e enfermidades<br>Neurodegenerativas                                                                                                     | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
|                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
| Limitacións sensoriais e<br>afectación da capacidade<br>perceptivo cognitiva                                                                       | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
|                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
| Patoloxía traumática                                                                                                                               | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
|                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
| Trastornos graves do<br>comportamento                                                                                                              | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
|                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
| Atraso mental /enfermidade<br>mental/deterioración-cognitiva                                                                                       | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
|                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
| Outras patoloxías (sistema<br>nervioso, osteomusculares,<br>aparello respiratorio,<br>cardiovascular, xenéticas,<br>infecciosas, neoplásicas, etc) | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
|                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crónica |
|                                                                                                                                                    | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                       | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> 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   | <input type="text"/>                                                   | Hixiénico/dietético                                                                                                                                                             | <input type="text"/> |
|                  | <input type="text"/>                                                   |                                                                                                                                                                                 | <input type="text"/> |
|                  | <input type="text"/>                                                   |                                                                                                                                                                                 | <input type="text"/> |
| Psicoterapéutico | <input type="text"/>                                                   | Indicacións médicas de<br>soporte terapéutico,<br>funcional e/ou produtos de<br>apoio                                                                                           | <input type="text"/> |
|                  | <input type="text"/>                                                   |                                                                                                                                                                                 | <input type="text"/> |
|                  | <input type="text"/>                                                   |                                                                                                                                                                                 | <input type="text"/> |
| Rehabilitador    | <input type="checkbox"/> Recibe<br><input type="checkbox"/> Non recibe | <input type="checkbox"/> Esgotadas posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras<br><input type="checkbox"/> Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras |                      |
| Outros           | <input type="text"/>                                                   |                                                                                                                                                                                 |                      |
|                  | <input type="text"/>                                                   |                                                                                                                                                                                 |                      |
|                  | <input type="text"/>                                                   |                                                                                                                                                                                 |                      |

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

|                                         |                                           |                                                        |                                             |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Osixenoterapia | <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"/> Absorventes                   | <input type="checkbox"/> Próteses/Orteses   |
| <input type="checkbox"/> Andador        | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Suxección mecánica            |                                             |
| <input type="checkbox"/> Outros         | <input type="text"/>                      |                                                        |                                             |

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

|                               |                                   |                                |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leve | <input type="checkbox"/> Moderada | <input type="checkbox"/> Grave |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

#### 7. Indique se entre as patoloxías descritas, algunha delas cursa en brotes (caso afirmativo, obrigado cumprimento)

|                                   |                                                         |                                      |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| PATOLOXÍA<br><input type="text"/> | FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO<br><input type="text"/> brotes | ÚLTIMO BROTE<br><input type="text"/> |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|

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

☐ NON ☐ SI

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

|                           |                      |                      |
|---------------------------|----------------------|----------------------|
| NOME E APELIDOS           |                      | DATA DO INFORME      |
| <input type="text"/>      |                      | <input type="text"/> |
| ORGANISMO/CENTRO DE SAÚDE | Nº COLEXIADO         |                      |
| <input type="text"/>      | <input type="text"/> |                      |
| Sinatura                  | Selo                 |                      |