



RENOVACIÓN DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

PARÁMETROS	SITUACIÓN DE PACIENTE	PUNTUACIÓN
DEAMBULAR	Independiente, camina solo 50 metros.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar solo 50 metros.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
ESCALONES	Independiente para bajar y subir escaleras.	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5
	Dependiente.	0
PUNTUACIÓN		

PLAN DE TRATAMIENTO QUE PROPONE

Propuesta médica para continuar con el servicio de INTERNACIÓN DOMICILIARIA (médico, rehabilitación, etc.)

MARCA LA OPCIÓN CORRECTA

Postrado/a en cama	<input type="checkbox"/>	Deambula	<input type="checkbox"/>
En silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Traqueotomía	<input type="checkbox"/>
Oxígeno dependiente	<input type="checkbox"/>	Alimentación con bomba	<input type="checkbox"/>
Gastro/yeyunostomía	<input type="checkbox"/>	Sonda Nasogástrica (SNG)	<input type="checkbox"/>
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/>	*Úlceras, heridas o escaras	<input type="checkbox"/>

*ÚLCERAS, HERIDAS O ESCARAS

En caso afirmativo indique:

Localización:								
Grado:	1		2		3		4	

CURACIONES

SI NO

Frecuencia:	
Tiempo estimado de las curaciones:	

MÉDICO PRESCRIPTOR

SELLO Y FIRMA	F. DE SOLICITUD	TELÉFONO

MÉDICO AUDITOR ISJ

NIVEL 1 - ID BAJA COMPLEJIDAD		
NIVEL 2 - ID MEDIANA COMPLEJIDAD		
NIVEL 3 - ID ALTA COMPLEJIDAD		
	SELLO Y FIRMA	FECHA

A completar por Auditoría ISJ