



## MODELO DE INFORME MÉDICO PARA LA PRESCRIPCIÓN ORTOPROTÉSICA

(Debe ser el facultativo quien cumplimente todos los campos)

### Responsable de la prescripción

Nombre y apellidos: .....

Especialidad y nº de colegiado: .....

### Datos identificación usuario

Nombre y apellidos: .....

Fecha de nacimiento: ..... Peso y talla, si procede: .....

### Motivo de la prescripción

Enfermedad común

Accidente acto servicio/enf. profesional

Malformación congénita

Accidente de tráfico

Accidente deportivo

Otro origen/tipo de accidente (especificar)

### Diagnóstico

Discapacidad o patología que justifica la prescripción y patologías concomitantes que influyan en la misma: .....

Situación clínica actual del paciente: .....

Para **sillas de ruedas manuales** valorar

Capacidad funcional para la marcha: necesidad de ayuda, ámbito (en el hogar, distancia en exteriores....) .....

Capacidad para la autopropulsión: .....

### Valoración social (si procede)

Actividades que realiza (laborales, ocio, etc.): .....

Otras circunstancias que puedan influir en la prescripción o renovación de los productos: .....

### Prescripción

Lugar y fecha: .....

Tipo de producto (**código y descripción**) o nombre del producto: .....

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

(Cuando el producto final esté constituido por varios tipos de productos todos ellos se detallarán en una prescripción única)

Sustituible por otro del mismo tipo SI  NO

Clase de prescripción

Primera prescripción

Reparación

Renovación

(Justificar el motivo)

Ordinaria

Por variación

Revisiones que, en su caso, hayan de realizarse: .....

### Sello y firma del responsable de la prescripción

(Obligatorios ambos)

### Seguimiento

(Productos elaborados a medida o que requieran adaptación individualizada ADAP3)

Visto bueno .....

Modificaciones que, en su caso, han de introducirse en el producto .....

.....

### Sello y firma del responsable de la prescripción

(Obligatorios ambos)