

## PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR INFORME MÉDICO (Anexo II)

Emitido por D/a. .... medico colegiado co nº: ....., que presta os seus servizos en ....., localidade ..... teléfono: .....

### INFORMA

Que recoñecido Don/a ....., interesado en participar neste Programa na modalidade de: estadías quincenais , estadías de fin de semana  en centros residenciais para persoas en situación de dependencia.

Padece enfermidade infecto-contaxiosa activa	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Presenta alteracións mentais con agresividade predominante que requira ser atendido en centro psiquiátrico	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Precisa atención imprescindible nun centro hospitalario	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Padece enfermidade en estado terminal	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### DATOS CLÍNICOS DE INTERESE

Padece enfermidade invalidante, secuela de enfermidade dexenerativa e/ou neurolóxica	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Presenta inmovilidade prolongada con grave dificultade para a deambulación	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Presenta limitacións sensoriais que precisan atención especial: .....	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
É enfermo crónico que precisa coidados continuados médicos e de enfermería	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Presenta deterioro cognitivo e/ou demencia: Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

### VALORACIÓN FUNCIONAL

Limitacións derivadas do nivel de dependencia	Precisa apoio persoal, axuda técnica, próteses ou órtese de modo regular		Precisa apoio persoal de modo permanente	
	Dep. Lixeira	Dep. Moderada	Dep. Grave	Dep. Total
<b>Actividades de autocoidado:</b>				
- Lavar partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lavar todo o corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Coidado de partes do corpo (peitearse...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Poñerse/quitar roupa e/ou calzado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Comer/beber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Funcións corporais:</b>				
- Continencia urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Continencia fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Actividades de mobilidade:</b>				
- Cambiar as posturas corporais básicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Camiñar distancias curtas e/ou desprazarse utilizando algún equipamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uso da man e do brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS E COIDADOS QUE PRECISA

"De acordo ó previsto no artigo 5 da Lei Orgánica 15/1999, Lei de Protección de Datos de Carácter Persoal (BOE nº 298 do 14 de decembro) infórmaselle que os datos incluídos nesta solicitude e documentación anexa, serán rexistrados en ficheiros, responsabilidade da Consellería de Traballo e Benestar para a súa xestión, non estando prevista ningunha cesión dos ditos datos. Os dereitos de acceso, rectificación, cancelación de datos e oposición poderanse realizar nos termos previstos na citada lei"

..... de ..... de 20....

Selo                  Sinatura