|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FICHA CLÍNICO-TÉCNICA PARA LA PRESCRIPCIÓN DE****SILLAS DE RUEDAS Y SISTEMAS DE POSICIONAMIENTO** |  |
| **Institución :**  **EPS:** | **Fecha:** **/ /2021** |
| **A. DATOS DEL / USUARIO** |
| **Nombre:** | **Sexo: M** [ ]  **F** [ ]  | **Edad:**  | **Nº Cedula:** |
| **Dirección:** **Teléfonos:** |  |
| **B. CARACTERISTICAS DE USO / ENTORNO**  |
| **Lugar de Utilización:** | [ ]  Domicilio | [ ]  Escuela | [ ]  Empresa | [ ]  Centro de terapia | [ ]  Comunidad |
| **Accesibilidad:** | [ ]  Planta baja | [ ]  Gradas | [ ]  Ascensores | [ ]  Rampas adaptadas | [ ]  Puerta Baño |  |
| **Entorno:** | [ ]  Urbano | [ ]  Rural | [ ]  Pendientes | [ ]  Rampas de domicilio: |
| **Tiempo de uso por día:** | [ ]  1-3 horas | [ ]  3-5 horas | [ ]  5-8 horas | [ ]  8-12 horas | [ ]  Más de 12 horas |
| **Distancia Recorrida:** | [ ]  5 km | [ ]  10 - 15 km | [ ]  15 -25 km | [ ]  25 km o más |
| **Amperaje (silla motorizada):** | [ ]  40 Amp GEL | [ ]  50 Amp GEL | [ ]  55 Amp GEL [ ]  Medio de Transporte:  |
| **C. VALORACION CLINICA** |
|  **Diagnóstico(**  Ver Cuadro PAG2)**:**  | **Tiempo de Evolución:**  |
| **Potencial motor y funcional:**  | [ ]  SI [ ]  NO  **¿Cuál?**  |
| **Presencia de deformidades:**  | [ ]  SI [ ]  NO **¿Cuál?**  |
| **Presencia de Ulceras:** [ ]  SI [ ]  NO desde : | Grado:       | Localización:       |
| S DE RUEDAS [ ]   |  COCHE  |  [ ]  | S. MOTORIZADA [ ]  | USO INTERNO [ ]  | USO EXTERNO [ ]  | Fotografías: SI [ ]  NO[ ]  | Color:  |
| **D. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS** |
| **Peso:** **Kg. TALLA:**  | **Dibujo1.bmp** | Dibujo2.bmp |
| Bitrocantérica  | **M** |       Pulg. |  |  |
| Bitrocantérica + excesos  | **A** |       Pulg. |  |  |
| Sacro-Fosa poplítea der.  | **Bd** |       Pulg. |  |  |
| Sacro-Fosa poplítea izq.  | **Bi** |       Pulg. |  |  |
| Sacro-C7  | **F** |       Pulg. |  |  |
| Fosa poplítea-calcáneo der.  | **Cd** |       Pulg. |  |  |
| Fosa poplítea-calcáneo izq.  | **Ci** |       Pulg. |  |  |
| Ancho de tronco  | **J** |       Pulg. |  |  |
| Sacro- escápula  | **E** |       Pulg. |  |  |
| Altura Apoya Brazos  | **I** |       Pulg. |  |  |
| Protrusión Abdominal  | **K** |       Pulg. |  |  |
| Altura Asiento Anterior  | **AAA** |       Pulg. |  |  |
| Altura Asiento Posterior  | **AAP** |       Pulg. |  |  |
| **E. TIPO DE REGULACION**  | **F. SISTEMA POSTURAL** | **G. SIST. DE BASCULACIÓN** |
| **Chasis (Marco)** | **Apoya Brazos** | **Asiento** | **Soportes Laterales Tronco** | [ ]  Manual basculante 45º |
| [ ]  Rígido – Reducible | [ ]  Largo / Escritorio | [ ]  Tela ignifuga / retardaste fuego | [ ]  Ajustables altura y profunda. | [ ]  Basculación Espacial 55º |
| [ ]  Plegable – Reducible | [ ]  Corto / Escritorio | [ ]  Tela acolchada plástica | [ ]  Abatibles ergonómicos x 1 | [ ]  Fijo 6º - 9º - 12º - 15 |
| [ ]  Rígido – Plegable – reducible | [ ]  Anatómico | [ ]  Tensión regulable | [ ]  Abatibles planos x 1 | [ ]  Electrónico |
| [ ]  Doble cruceta | [ ]  Hemi. Der. / Izq. | [ ]  Panel rígido extraíble o fijo | [ ]  Fijos x 1 - x 2 | **H. ACCESORIOS** |
| [ ]  Plegado Frontal | [ ]  Tubular | [ ]  Kit crecimiento | [ ] Termodeformab.-medida | [ ]  Manubrio único |
| [ ]  Hemi AAA menor 43cms | [ ]  Fijo | **Cojín** | [ ]  Simétricos | [ ] Asimétricos | [ ]  Sistema anti vuelco |
| [ ]  Aluminio Aleación 6061 T | [ ]  Regulable en altura | [ ]  Anatómico | **Apoya Cabeza** | [ ]  Kit herramientas |
| [ ]  Aluminio Aleación 7000 | [ ]  Desmontable | [ ]  A la medida | [ ]  Planar | [ ]  Kit crecimiento |
| [ ]  Con suspensión | [ ]  Abatible | [ ]  Foam  | [ ]  Anatómico | [ ]  Bloqueo Pendientes[ ]  ANSI/RESNA[ ]  CRASH TESTED[ ]  ISO 7176 |
| [ ]  Titanio / Carbono | [ ]  Mesa opaca | [ ]  Gel /ViscoGel | [ ]  Orbitante |  |
| [ ]  COG Activo 0.5”-1”-2”-3”- 4” | [ ]  Mesa transparente | [ ]  Aire | [ ]  Occipital 2puntos |  |
| **Apoya Piernas** | [ ]  Control de Joystick Izq. | [ ]  Espuma poliuretano | [ ]  Occipital 3puntos |  |
| [ ]  Elevable | [ ]  Control de Joystick Der. | [ ]  Cobertura impermeable | [ ]  Faja frontal |  |
| [ ]  Elevable Articulado | [ ]  Tipo Joystick | [ ]  Cobertura transpirable | [ ]  Tela extraíble |  |
| [ ]  Elevable Artic. Electronico | **Aros de Propulsión** | [ ]  Desmontable | **Soportes Laterales Pelvis** |  |
| [ ]  A 80 º /70 º / 60 º - V | [ ]  Aluminio anodizado IN / OUT | **Respaldo** | [ ]  Ajustab. ancho profundidad |  |
| [ ]  A 85 º / 90º / - V | [ ]  Revestidos en goma | [ ]  Anatómico [ ]  a la medida | [ ]  ADD de rodillas |  |
| [ ]  Giratorios IN/OUT desmontab. | [ ]  Timón de 8 / 12 pernos | [ ]  Ergonomico y Dinamico | [ ]  ABD de rodillas |  |
| [ ]  Central Plataforma ang.ajust. | [ ]  Pernos verticales / oblicuos | [ ]  Tela [ ]  Tensión regulable | [ ]  Sop. oblicuidad der/Izq.  |  |
| [ ]  Articulado - Electrónico | [ ]  Monolateral Hemi Izq - Der | [ ]  Rígido [ ]  ALU [ ]  Madera trat. | [ ]  Protector lateral ropa |  |
| **Apoya Pies** | [ ]  Natural Fit Ergonomico | [ ]  Reclinable fijo / manijas STD | **Cinturones** |  |
| [ ]  Separados / ALU o ABS | **Tipo Ruedas Posteriores** | [ ]  Reclinable manual | [ ]  Pélvico posicionan. 2P – 4P |  |
| [ ]  Plataforma única ALU | [ ]  Rayos derechos | [ ]  Relleno espuma p/giba | [ ]  Pélvico seguridad |  |
| [ ]  Ajustable altura y Profundidad | [ ]  Rayos cruzados | [ ]  Desmontable | [ ]  Chaleco con cierre |  |
| [ ]  Regulación tibio-tarsal | [ ]  Tipo estrella, (MAG) |  | [ ]  Pectoral  |  |
| [ ]  Contenedor de pies /Dinamico | [ ]  Neumáticas / KEVLAR |  **Observaciones:**  |
| [ ]  Contenedor p/pantorrilla | [ ]  Airless Insert  |  |
| **Frenos** | [ ]  Rellenas |  |
| [ ]  Frenos cortos o Largos | [ ]  26" 25" 24" 22" 20"  |  |
| [ ]  Con extensión extraíble | [ ]  10" 12" 14" 16" 18" |  |
| [ ]  Tipo pedal o Bicicleta | [ ]  Extracción rápida / Cuadripleg. |  |
| [ ]  Tijera o tijera compacto | [ ]  Protector de rayos |  |
| **Tipo llantas Anteriores** |  |
| [ ]  Rellenas | [ ]  4" - 5" - 6" - x 1"-x 1.5" x 2” |  |
| [ ]  Soft roll | [ ]  Con Suspensión |  |
| [ ]  8" x1" – x 1.4" – x 2" / 9 x 3" |  |  |
| **Terapeuta Ocupacional** | **Fisioterapeuta**  |  |
| Nombre / Nº CTCR-TO       | Nombre / Nº CTCR-TF      |  |
| 1. **GLOSARIO MÁS FRECUENTE PARA USUARIOS DE SILLAS DE RUEDAS**
 |
| **Lesión Medular**[ ]  Nivel Motor [ ]  Nivel sensitivo | **Marque con una equis (x) el diagnóstico que presenta el Paciente** |
| **Marque con una equis (x) la altura del nivel óseo en la lesión medular e indique la ubicación específica de la misma**[ ] \_\_\_\_\_\_[ ] \_\_\_\_\_\_[ ] \_\_\_\_\_\_[ ] \_\_\_\_\_[ ] \_\_\_\_\_\_ | **Lesión Medular**: tienen alteración motora y trastornos sensitivos[ ]  Cuadriplejia: las cuatro extremidades están afectadas.[ ]  [Paraplejía](http://es.wikipedia.org/wiki/Paraplej%C3%ADa): afectación de los miembros inferiores.[ ]  Clasificación ASIA A Completa. Ausencia de función motora y sensitiva.[ ]  Clasificación ASIA B. Incompleta. Función motora voluntaria ausente. Sensibilidad preservada.[ ]  Clasificación ASIA C – Preservación motora mínima no funcional.[ ]  Clasificación ASIA D-E No requieren sillas de ruedas. |
|  | [ ]  **PCI- Parálisis cerebral infantil**: trastorno del desarrollo psicomotor no progresivo  Clasificación según niveles funcionales, motora gruesa: [ ]  **Nivel 5:** totalmente dependientes, movilidad severamente limitada, sin control postural[ ]  **Nivel 4**: control postural, movilidad limitada.[ ]  **Nivel 3**: realiza marcha con ayudas técnicas.[ ]  **Nivel 1 y 2**: no requieren sillas de ruedas. |
|  | **PCI**: [ ]  Cuadriplejia espástica: las cuatro extremidades están afectadas.[ ]  Diplejía espática: afectación de los miembros inferiores más que superiores.[ ]  Hemiplejia: afecta a uno de los dos hemicuerpos (derecho o izquierdo).[ ]  Movimientos atetósicos. |
|  | **ECV**: Evento cerebro vascular/ Síndrome de Stokes[ ]  **Hemiplejia**: Afecta a uno de los dos hemicuerpos ( ) Derecho ( ) Izquierdo. |
|  | [ ]  **Distrofia muscular tipo Dúchenme**: miopatía hereditaria de curso rápidamente progresivo. Afecta músculos de la cintura escapular y pélvica. |
|  | [ ]  **Esclerosis Múltiple**: enfermedad neurodegenerativa que afecta la mielina y sustancia blanca del cerebro y de la medula espinal. |
|  | [ ]  **Espina Bífida:**  |
|  | [ ]  **Otras Patología:** ***Observaciones****:*  |
| **J. DATOS DEL SOLICITANTE ( RESPONSABLE DEL USUARIO)** |
| **Nombre:**  | **Teléfono:**  |
| **Correo Electrónico:**  |
| **Dirección de Habitación:**  |
| **¿Posee seguro médico?** [ ]  **SI**  [ ]  **NO**  |  **Compañía Aseguradora:**  |
| **Situación laboral:** [ ]  Trabajador dependiente [ ]  Trabajador independiente [ ]  Jubilado/Pensionado [ ]  Desempleado [ ]  Otro: Especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Empresa donde labora:**  | **Ocupación:**  |
| **Dirección de la Empresa:**  | **Tiempo en la Empresa:**  |
| **Por cuál medio adquirirá la silla de ruedas?**  [ ]  Fondo propio  [ ]  Donación ¿Quién le hará la donación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  Otro. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |