|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |