



**INFORME DE CONDICIÓN DE SAÚDE**

**1. Solicitante** (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)

NOME  PRIMEIRO APELIDO  SEGUNDO APELIDO  NIF

DATA DE NACEMENTO  IDADE  MOTIVO DO INFORME  
 Solicitude inicial de recoñecemento  Revisión do recoñecemento

**2. No caso de nenos entre 0 e 6 meses, indique** (caso afirmativo, obrigado cumprimento)

PESO NO MOMENTO DE NACER EN GRAMOS

Menos de 1.100 g.  Entre 1.100 y 1.500 g.  >1.500 y <2.200 g.  Máis de 2.200 g.

**3. Indique os diagnósticos\* das enfermidades, trastornos ou outras condicións de saúde, enfermidade mental, discapacidade intelectual ou problemas relacionados co desenvolvemento, de carácter permanente, prolongado, crónico ou de longa duración**

|  | DIAGNÓSTICO<br>(obrigado cumprimento) | DATA DIAGNÓSTICO<br>(obrigado cumprimento) | CODIFICACIÓN  |        | FASE EVOLUTIVA  |
|--|---------------------------------------|--|---------------|--------|---|
|  |                                       |  | CLASIFICACIÓN | CÓDIGO |   |
| Demencias e enfermidades neurodexenerativas  |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva   |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Patoloxía traumática   |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Trastornos graves do comportamento   |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Atraso mental/enfermidade mental/deterioración cognitiva   |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
| Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.) |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |
|  |                                       |  |               |        | <input type="radio"/> Aguda <input type="radio"/> Crónica |

\* Poderá presentar informes médicos que complementen o modelo normalizado.

**4. Indique os tratamentos actuais, medidas de soporte funcional, axudas técnicas, ortoses e próteses prescritos** (obrigado cumprimento)

Farmacolóxicos  Hixiénico/dietético

Psicoterapéutico  Indicacións médicas de soporte terapéutico, funcional e/ou produtos de apoio

Rehabilitador  Recibe  Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras

Non recibe  Non esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras

Outros



**5. Indique as medidas de soporte funcional, soporte terapéutico e axudas técnicas que ten prescritas**  
(obrigado cumprimento)

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Osixenoterapia | <input type="checkbox"/> Soroterapia      | <input type="checkbox"/> Nutrición enteral por SNG/PEG | <input type="checkbox"/> Nutrición parental |
| <input type="checkbox"/> S. vesical     | <input type="checkbox"/> Ostomías         | <input type="checkbox"/> Absorbentes                   | <input type="checkbox"/> Próteses/ortoses   |
| <input type="checkbox"/> Andador        | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Suxeición mecánica            |   |
| <input type="checkbox"/> Outros         | <input type="text"/>                      |  |   |

**6. Indique se existe necesidade de apoio para as actividades de autocoidado** (obrigado cumprimento)

- Leve                       Moderada                       Grave

**7. Indique se, entre as patoloxías descritas, algunha delas cursa en brotes** (obrigado cumprimento)

| PATOLOXÍA | FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO | ÚLTIMO BROTE |
|-----------|--------------------------|--------------|
|           |                          |              |
|           |                          |              |
|           |                          |              |

**8. Indique se a persoa se pode trasladar fóra do domicilio**

- Si                       Non

**9. Identificación do/da profesional que emite o informe** (obrigado cumprimento)

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| NOME E APELIDOS           | DATA DO INFORME      |
| <input type="text"/>      | <input type="text"/> |
| ORGANISMO/CENTRO DE SAÚDE | Nº COLEXIADO/A       |
| <input type="text"/>      | <input type="text"/> |

**SINATURA DO/DA PROFESIONAL**

**SELO**

Lugar e data

,  de  de