

## SOL·LICITUD DE RECONeixEMENT DE LA SITUACIó DE DEPENDèNCIA I DEL DRET A LES PRESTACIONS DEL SISTEMA

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE n. 299, de 15 de desembre de 2006)

### INFORME DE SALUT DE LA PERSONA

Primer llinatge		Segon llinatge	
Nom	Data de naixement	DNI/NIE/Passaport	Sexe
			<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona

Indicau els **diagnòstics mèdics** de les malalties, els trastorns i altres condicions de salut, malaltia mental, discapacitat intel·lectual o problemes relacionats amb el desenvolupament, de caràcter permanent, crònic, prolongat de llarga durada, que presenta:

Neurològic	Sí	CIE 10	Endocrí-metabòlic	Sí	CIE 10
Isquèmia cerebral transitòria		G45	Diabetis Mellitus insulíndependent		E10
Infart cerebral		I63	Diabetis Mellitus no insulíndependent		E11
Hemorràgia cerebral		I61	Hipertiroïdisme		E05
Hemiplegia		G81	Hipotiroïdisme		E03
Paraplegia i quadraplegia		G82	Obesitat		E66
Demència d'Alzheimer		F00	Dislipèmia		E78
Demència vascular		F01	Desnutrició lleu/severa		E44/E43
Altres demències		F02	<b>Oftalmològic</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Malaltia de Parkinson		G20	Alteracions de la visió		H53
Esclerosi múltiple		G35	Ceguesa d'ambdós ulls		H54.0
Epilepsia		G40	Ceguesa d'un ull		H54.4
<b>Circulatori</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>	<b>Aparell respiratori</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Hipertensió arterial		I10	MPOC		J44
Angina de pit		I20	Bronquièctasi		J47
Infart agut de miocardi		I21	Insuficiència respiratòria crònica		J96
Malaltia isquèmica crònica del cor		I25	Asma		J45
Cardiomiopatia		I42	Síndrome d'apnea de la son		G47.3
Insuficiència cardíaca		I50	<b>Nefrourològic</b>		<b>CIE 10</b>
Aneurisma i dissecció aòrtica		I71	Incontinència urinària		R32
Malaltia vascular perifèrica		I73	Càlcul ronyó i urèter		N20
Varius membres inferiors		I83	Hiperplàsia de pròstata		N40
			Insuficiència renal crònica		N18
			Diàlisi renal		Z49
<b>Digestiu</b>		<b>CIE 10</b>	<b>Salut mental</b>		<b>CIE 10</b>
Reflux gastroesofàgic		K21	Trastorn d'ansietat		F41
Úlcera gàstrica/duodenal		K25/K26	Depressió		F32
Càlcul biliar		K80	Esquizofrènia		F20
Hepatitis viral crònica		B18	Trastorn afectiu bipolar (maníac-depressiu)		F31
Cirrosi hepàtica		K74	Deliri orgànic (estat confusional)		F05
Insuficiència hepàtica		K72	Trastorns de l'alimentació		F50
Malalties pancreàtiques		K86	Trastorns de la son		F51
Malabsorció intestinal		K90	Abús de substàncies psicoactives		F10-F19

Malaltia de Crohn	K50	(especificar)	
Colitis ulcerosa	K51		
<b>Infeccions (especificar)</b>	<b>A00-B99</b>	<b>Neoplàsies (especificar)</b>	<b>C00-D48</b>
<b>Osteoarticular</b>	<b>CIE 10</b>	<b>Pediatria</b>	<b>CIE 10</b>
Artritis reumatoide	M05	Paràlisis cerebral infantil	G80
Artrosi	M15- M19	Malformacions congènites (especificar)	Q00-Q89
Malalties del teixit conjuntiu	M30- M36	Anomalies cromossòmiques (especificar)	Q90-Q99
Discopatia cervical	M50	Síndrome de Down	Q90
Discopatia dorsal, lumbar	M51	Retràs mental lleu/moderat/greu	F70/F71/ F72
Cifosis i lordosis	M40	Autisme infantil	F84.0
Escoliosi	M41	<b>Altres</b>	<b>CIE 10</b>
Osteoporosi i altres alteracions de la densitat òssia	M80- M85		
<b>Altres</b>	<b>CIE 10</b>		

Si pateix brots d'alguna de les patologies descrites, indica-la:

Patologia	Freqüència en el darrer any

Indica els **tractaments** actuals que té prescrits la persona:

Farmacològic			
Principi actiu o nom comercial	Dosi diària	Via d'administració	
<b>Rehabilitador</b>			
Osteoarticular	Respiratori	Cardíac	Neurològica
<b>Psicoterapèutic</b>	Tipus:		
<b>Altres</b>			
<b>Observacions</b>			

Indicau els **diagnòstics d'infermeria** de caràcter permanent o de llarga durada que presenta:

Diagnòstics d'autonomia	Parcial	Total
Suplència per a l'alimentació.		
Suplència per a l'eliminació fecal i urinària.		
Suplència per a la mobilització i el manteniment de la postura adequada.		
Suplència per al vestiment i la cura personal.		
Suplència per al manteniment de la temperatura corporal.		
Suplència per a la higiene i la protecció de la pell.		
Suplència per al manteniment de la seguretat de l'entorn.		
Diagnòstics d'independència		Sí
Deteriorament de la mobilitat física amb relació a: manifestat per:		
Maneig inefectiu del règim terapèutic personal amb relació a: manifestat per:		
Dèficit d'activitats recreatives amb relació a: manifestat per:		
Baixa autoestima situacional amb relació a: manifestat per:		
Risc de soledat amb relació a:		
Risc de lesió amb relació a:		
<b>Altres</b>		
<b>Observacions</b>		

Indicau les **cures d'infermeria** que té prescrites la persona:

Recomanacions sobre:	Sí	Tipus
Dieta		
Higiene personal		
Eliminació		
Exercici		
Seguretat a l'entorn		
<b>Cura de ferides</b>		
<b>Altres</b>		
<b>Observacions</b>		

Indicau les mesures de suport funcional i terapèutic i les ajudes tècniques que utilitza:

Mesures	Sí	Mesures	Sí	Mesures	Sí
Oxigenoteràpia		Col·lector urinari		Caminador	
Sonda gàstrica		Bolquers		Cadira de rodes	
Sonda vesical		Pròtesis d'extremitats		Altres:	
Indicau si la persona necessita d'altres ajuts que en aquest moment no disposi:					

Indicau l'estat de salut de la persona cuidadora:

Presenta problemes de salut que li dificulten la tasca  Sí  No

Té suport d'altres persones  Sí  No

Observacions: \_\_\_\_\_

Diagnòstics d'independència	Sí
Cansament o risc de cansament del rol de cuidador amb relació a: manifestat per:	
Interrupció o risc d'interrupció dels processos familiars amb relació a: manifestat per:	
<b>Altres</b>	

Indicau si la situació actual de salut pot modificar-se, probablement, en els propers sis mesos, amb mesures terapèutiques adequades:

- Es mantindrà més o manco igual.       Empitjorarà.  
 Millorarà.       Minvarà empitjorament.

Metge/essa \_\_\_\_\_ Col·legiat/da \_\_\_\_\_

Infermer/a \_\_\_\_\_ Col·legiat/da \_\_\_\_\_

Signatura metge/essa

Signatura infermer/a

Lloc i data: \_\_\_\_\_