

SOLICITUD DE CUIDADOS DOMICILIARIOS



DATOS DEL AFILIADO/A

Nombre y apellido:

DNI - LE - LC:

Número de beneficiaria/o:

DIAGNÓSTICO:

.....
.....

MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA LA INTERNACIÓN DOMICILIARIA/RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

.....
.....
.....

DATOS DEL CUIDADO DOMICILIARIO

Domicilio particular:

Localidad:

Fecha de solicitud:

Teléfono particular:

Celular del familiar:

Contacto del médico/a tratante (correo electrónico o teléfono):

OBSERVACIONES:

SOLO COMPLETAR EN CASO DE MEDICACIÓN ENDOVENOSA

PRESCRIPCIÓN POR GENÉRICO (no se acepta marca comercial)	DOSIS DIARIA	INTERVALO/INTERDOSIS	DURACIÓN TOTAL DEL TRATAMIENTO

En caso de haber iniciado el tratamiento en la Institución, indicar el día de tratamiento en que está el paciente al momento de la prescripción.

Día:

En caso de que alguna/s de la/s medicación/es solicitada /s no se corresponda con el diagnóstico de base, justifique:

.....
.....

.....
Firma y sello del médico/a tratante

.....
Fecha

PROTOCOLO CUIDADOS DOMICILIARIOS

REQUERIMIENTO	MOTIVO	FRECUENCIA
Médico/a clínico/a o Pediatra		
Excluye: médico/a especialista.		
Enfermería		
Excluye: enfermería para medicación subcutánea y vía oral, higiene y confort y control de signos vitales.		

KINESIOLOGÍA

Respiratoria		
Motora		
Otras		
Excluye: cuidador/a o asistente de salud, ya que la función de estos es la asistencia en actividades de la vida diaria como alimentación, higiene, vestimenta, y acompañamiento, lo cual, no corresponde a prestaciones médicas por lo que no se autoriza dicha función a cargo de OSPEDYC.		

Firma y sello del médico/a tratante

Especialidad

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Independencia completa	SIN AYUDA			
Independencia con adaptaciones				
Dependencia parcial			CON AYUDA	
Supervisión				
Mínima asistencia (sujeto: 75% o más)				
Moderada asistencia (sujeto: 50% o más)				
Dependencia completa				
Máxima asistencia (sujeto: 25% o más)				
Asistencia total (Sujeto: 0% o más)				
CUIDADO PROPIO				
Comida	ADMISIÓN	ALTA		
Aseo				
Baño				
Vestimenta parte superior del cuerpo				
Vestimenta parte inferior del cuerpo				
Toilette				
CONTROLES DE ESFÍNTERES				
Manejo de vejiga				
Manejo del intestino				
MOVILIDAD				
Cama/silla/silla de ruedas				
Toilette				
Ducha				
LOCOMOCIÓN				
Camina /silla de ruedas				
Escaleras				
COMUNICACIÓN				
Comprensión				
Expresión				
CONEXIÓN SOCIAL				
Interacción social				
Resolución de problemas				
Memoria				

Firma y sello del médico/a tratante
o terapeuta ocupacional

Fecha

El formulario completo de cuidados domiciliarios debe ser enviado por mail a:
cuidadosdomiciliarios@ospedyc.org.ar 48 horas antes del alta del paciente.