XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE TRABALLO E BENESTAR

ANEXO VIII-II

PROCEDEMENTO	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO	DOCUMENTO
RECOÑECEMENTO DA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA E DO DEREITO ÁS PRESTACIÓNS DO SISTEMA	**BS210A**	**INFORME DE SAÚDE**

INFORME DE CONDICIÓNS DE SAÚDE

(Para o recoñecemento da situación de dependencia e acceso aos servizos e prestacións establecidos na Lei 39/2006, do 14 de decembro).

1. Solicitante (pódese substituír por etiqueta autoadhesiva)

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	DNI/NIE

DATA DE NACEMENTO | IDADE

MOTIVO DO INFORME

◯ Solicitude inicial de recoñecemento da situación de dependencia ◯ 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 e 1.500 g ◯ > 1.500 e < 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.

	Diagnósticos (obrigado cumprimento)	**Data diagnóstico** (obrigado cumprimento)	**Codificación** Clasificación	**Codificación** Código	**Fase evolutiva**
Demencias e enfermidades neurodexenerativas					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Limitacións sensoriais e afectación da capacidade perceptivo-cognitiva					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Patoloxía traumática					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Trastornos graves do comportamento					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Atraso mental/enfermidade mental/deterioración cognitiva					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
Outras patoloxías (sistema nervioso, osteomusculares, aparello respiratorio, cardiovascular, xenéticas, infecciosas, etc.)					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ Crónica
					◯ Aguda ◯ 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 productos de apoio	

Rehabilitador ◯ Recibe ◯ Non recibe ◯ Esgotadas as posibilidades terapéuticas e/ou rehabilitadoras ◯ Non esgotadas as posibilidades terapeúticas e/ou rehabilitadoras

Outros

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

☐ Oxixenoterapia ☐ Soroterapia ☐ Nutrición enteral por SNG/PEG ☐ Nutrición parental
☐ S. vesical ☐ Ostomías ☐ Absorbentes ☐ Próteses/ortoses
☐ Andador ☐ Cadeira de rodas ☐ Suxeición mecánica
☐ Outros

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 períodos (obrigado cumprimento).

PATOLOXÍA	FRECUENCIA NO ÚLTIMO ANO	ÚLTIMO PERÍODO DA ENFERMIDADE

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

◯ SI ◯ NON

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

NOME E APELIDOS	DATA DO INFORME
ORGANISMO/CENTRO DE SAUDE	Nº COLEXIADO

Sinatura **Selo**