PROTOCOLO AMPUTACIÓN MIEMBRO INFERIOR O SUPERIOR

Un aporte bien hecho

VIGENCIA **ABRIL 2023**

Fecha: ...../..... /.....

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: .....Tel.:.....

DNI: ..... Edad: .....

FUNDAMENTO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Fecha de diagnóstico: ...../..... /.....

☐ Prótesis para desarticulación de cadera con unidades de cadera y de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos.

☐ Paciente menor de 60 años con amputación de miembro inferior, activo que ya cumplió el tratamiento pre protésico con buen resultado demostrable de marcha sin requerir asistencia mecánica o que utilizó equipamiento previo con resultado demostrable de marcha sin asistencia mecánica.

☐ Prótesis para amputación de miembro inferior sobre rodilla con rodillas controlada por microprocesadores.
☐ Prótesis para amputación supracondílea de miembro inferior con unidades de rodilla con sistemas de propulsión hidráulicos y/o neumáticos.
☐ Prótesis para amputación bajo rodilla con módulos y pie en fibra de carbono, conos de siliconas, sistemas de vacío mediante bomba expulsora

☐ Edad menor a 50 años
☐ Amputación de miembro inferior correspondiente según prótesis solicitada
☐ Activo
☐ Cumplió el tratamiento pre protésico con buenos resultados de marcha sin requerir asistencia mecánica
☐ Utilizó equipamiento previo con resultados demostrables de marcha sin requerir asistencia mecánica.

☐ Prótesis para amputación de miembro superior bajo codo con mano mioeléctrica.

☐ Amputación o pérdida del miembro a nivel de la muñeca o más arriba;
☐ Imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria;
☐ Preservación, en el muñón, de un umbral de microvoltios suficiente para permitir el correcto funcionamiento de la prótesis
☐ Función neurológica, miocutánea y cognitiva suficiente para manejar el dispositivo;
☐ Ausencia de comorbilidades que interfieran con el mantenimiento de la función de la prótesis
☐ Desempeño de actividades en un entorno que no inhiba la función de la prótesis (por ejemplo, un ambiente húmedo o descargas eléctricas puedan afectar el aparato)
☐ Superación de una prueba de control para ser considerado candidato.

☐ Prótesis para amputación de miembro superior sobre codo con codo y mano mioeléctrica.

☐ Amputación o pérdida del miembro a nivel de la muñeca o más arriba; imposibilidad de utilizar la prótesis estándar o insuficiencia de ésta para satisfacer las necesidades funcionales del paciente en la realización de actividades de la vida diaria.

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

PROTOCOLO AMPUTACIÓN MIEMBRO INFERIOR O SUPERIOR

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Detallar antecedentes, ampliar fundamentos diagnóstico y fundamento del uso de la tecnología requerida, tratamientos previos recibidos, etc)

INDICACIÓN MÉDICA (Pedido de insumos para la resolución de la patología)

Apellido y Nombre:_____

Matrícula nacional N°:_____ Matrícula provincial: N°:_____

Mail:_____

Firma y Sello:

Un aporte bien hecho

INSTRUCTIVO AMPUTACIÓN MIEMBRO INFERIOR O SUPERIOR

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa su pedido médico deberá cumplir con los siguientes requisitos:

• Protocolo Amputación de Miembro Inferior o Superior original o en copia, completo en todos los campos con detalle de Resumen de historia clínica.

• Prescripción médica original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.

• Copia de informe de estudios avalatorios de la patología.

• En el caso particular de discapacidad, deberá adjuntar la copia del certificado correspondiente.

• Podrá realizar la presentación digital a la casilla protesis-ame@ospoce.com.ar indicando nombre completo y número de DNI, los archivos deben ser escaneados en formato PDF, de manera clara y legible, no se aceptan fotos.

• En caso de realizar la solicitud vía mail, deberá conservar los originales ya que eventualmente podrán ser requeridos por la Superintendencia de Servicios de Salud.

• La solicitud de la prótesis debe ser hecha con la suficiente antelación para permitir la entrega del material en tiempo y forma, la Obra Social no se responsabilizará por los pedidos entregados sobre la fecha de intervención.

No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.

CONFORMIDAD DEL PACIENTE

Nombre y Apellido o SIGLA:_____ Firma: _____

Mail de contacto: _____ Teléfonos de contacto:_____