

**ANEXO II
INFORME MÉDICO**

NOME E APELIDOS DO DOUTOR/A:	Nº COLEXIADO/A:
MOTIVO: Valoración da solicitude de axuda no fogar Centro de Saúde de	Teléfono:

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME E APELIDOS:	DNI:
ENDEREZO:	TELÉFONOS Fixo: Móbil:

(marcar cun X)

Padece enfermidade infecto contaxiosa	SI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

En caso afirmativo indicar cal: _____

I. SITUACIÓN FÍSICA/SENSORIAL

Válese por si mesmo, segundo o seu estado físico para desenvolver as actividades normais da vida diaria	SI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>			
A persoa atópase inmovilizada na cama necesitando cuidados de maneira permanente	SI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>			
1.1. Limitacións no campo visual e/ou auditivo	NON	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTE	<input type="checkbox"/>	TOTAL
1.2. Incontinencia	NON	<input type="checkbox"/>	OCASIONAL	<input type="checkbox"/>	FRECUENTE	<input type="checkbox"/>	TOTAL
1.3. Dificultade no manexo das extremidades superiores	NON	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTE	<input type="checkbox"/>	TOTAL
1.4. Dificultade no manexo das extremidades inferiores	NON	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	IMPORTANTE	<input type="checkbox"/>	TOTAL
1.5. Dificultade respiratoria	NON	<input type="checkbox"/>	LEVE	<input type="checkbox"/>	MODERADA	<input type="checkbox"/>	TOTAL

2. SITUACIÓN PSÍQUICA

Válese por si mesmo, segundo o seu estado psíquico para desenvolver as actividades normais da vida diaria	SI	NON		
A persoa ten diagnóstica enfermidade mental	SI	NON		
2.1 Desorientación temporal-espacial	NON	LEVE	IMPORTANTE	TOTAL
2.2 Alteracións de percepción	NON	OCASIONAL	MODERADA	IMPORTANTE
2.3 Incoherencia na comunicación	NON	LEVE	MODERADA	IMPORTANTE
2.4 Descontrol emocional	NON	LEVE	IMPORTANTE	TOTAL
2.5 Trastorno de memoria	NON	LEVE	MODERADA	SEVERA
2.6 Trastorno de conducta	NON	LEVE	MODERADA	GRAVE

XUÍZO DIAGNÓSTICO (Especificarase o tratamento e a evolución)

Melide , de de 20.....

Asdo :