

SOLICITUDE VALORACION/ADIESTRAMENTO SILLA DE RUEDAS

Fecha:

Solicitante:

DNI: Fecha de Nacimiento:

Centro:

Médico de referencia:

Teléfono de contacto:

VALORACION

Tipo de silla de ruedas

Posicionadora

Eléctrica.

Autolixeira.

Otros:

MODALIDAD

Presencial en el Hospital Marítimo de Oza

Requiere transporte sanitario.

Telemática en el centro del solicitante.

ENTREGA

En Hospital Marítimo de Oza.

En Centro Sociosanitario del solicitante.

Recogida del dispositivo Ortoprotésico por parte del centro sociosanitario.

Firma Medico Responsable

Firma Terapeuta responsable:

MEDIDAS

Asiento:

Ancho silla:

Profundidad muslo derecho:

Profundidad muslo izquierdo:

Complicaciones (rotación pélvica, retroversión, úlceras...):

Respaldo:

Altura respaldo hasta borde superior escápula:

Altura respaldo hasta borde inferior escápula:

Ancho respaldo bajo axila:

Complicaciones (curva cifótica, escoliosis, úlceras...):

Reposapiés:

Altura reposapiés (desde hueco poplíteo hasta talón):

Reposapiés elevables: SI
 NO

Reposapiés regulables en altura: SI
 NO

Reposacabezas (marcar con X el que corresponda)

Estándar
 Grande
 Pequeño

Personalizado.

Reposabrazos (marcar con X el que corresponda)

Estándar

Anatómico.

Accesorios.

Cinchas pies Chaleco de fijación Cinturón abdominal Peto bajo nalga