

ANEXO IV

PLANILLA DE RENOVACIÓN

SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL

PLANILLA DE RENOVACIÓN

DATOS DEL AFILIADO

| | | | |
|-----------------------------|--|----------------|--|
| Número de beneficio | | Núm. documento | |
| Nombre y apellido | | | |
| Teléfono | | Mail | |
| Domicilio | | | |
| Localidad | | UGL/Agencia | |
| Médico de Cabecera/tratante | | | |
| Matrícula | | | |

DATOS DEL FAMILIAR Y/O RESPONSABLE

| | | | |
|-------------------|--|----------------|--|
| Nombre y apellido | | Núm. documento | |
| Teléfono | | | |
| Domicilio | | Mail | |
| Localidad | | | |

INFORME MÉDICO

| | |
|--|--|
| Diagnóstico | |
| Grado de dependencia (Índice Barthel) | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Total (0-20)<input type="radio"/> Grave (21-60)<input type="radio"/> Moderado (61-90)<input type="radio"/> Leve (91-99)<input type="radio"/> Independiente (100) |
| Renovación Número | <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Primera<input type="radio"/> Segunda<input type="radio"/> Tercera<input type="radio"/> Cuarta |
| Justifique la persistencia de la necesidad | |

MÓDULOS

| MÓDULOS | Marque lo que corresponda | MESES |
|--|---|----------|
| Mód. 1- Baja complejidad | <input type="radio"/> Médico 1 visita /mes <input type="radio"/> Enfermería 1 visita /semana <input type="radio"/> Cuidador 4 horas por día | 1 – 2 -3 |
| Mód. 2- Baja complejidad | <input type="radio"/> Médico 2 visitas /mes <input type="radio"/> Enfermería 1 prestación / día | 1 – 2 -3 |
| Mód. 3- Alta complejidad | <input type="radio"/> Médico 2 visitas /mes <input type="radio"/> Enfermería 2 – 3 - 4 sesiones/ día <input type="radio"/> Kinesiología 1 – 2 - 3 sesiones semanales | 1 – 2 -3 |
| Mód. 4 -Alta complejidad | <input type="radio"/> Médico 1 visitas /semana <input type="radio"/> Enfermería 8 horas / día <input type="radio"/> Kinesiología 3 – 4 - 5 sesiones semanales <input type="radio"/> Fonoaudiología 2 sesiones semanales | 1 – 2 -3 |
| Submódulo Equipamiento | <input type="radio"/> Cama ortopédica <input type="radio"/> Colchón anti escaras <input type="radio"/> Silla de ruedas <input type="radio"/> Andadores | 1 – 2 -3 |
| Submódulo oxigenoterapia | <input type="radio"/> Tubo T6 m3 con manómetro y tubuladuras (2 recargas/mes) <input type="radio"/> Concentrador de oxígeno + tubo de back up <input type="radio"/> BPAP | 1 – 2 -3 |
| Submódulo Cuidador domiciliario | <input type="radio"/> 4 horas <input type="radio"/> 8 horas | 1 – 2 -3 |
| Submódulo soporte nutricional adulto | <input type="radio"/> Con bomba <input type="radio"/> Sin bomba, con sonda nasogástrica | 1 – 2 -3 |
| Submódulo soporte nutricional pediátrico | <input type="radio"/> Con bomba <input type="radio"/> Sin bomba, con sonda nasogástrica | 1 – 2 -3 |
| Submódulo kinesiología | <input type="radio"/> 2 sesiones/semana <input type="radio"/> 5 sesiones/semana | 1 – 2 -3 |
| Submódulo enfermería | <input type="radio"/> 1 a 3 sesiones /día |sem |
| Submódulo terapia ocupacional | <input type="radio"/> 2 sesiones/semana | 1 – 2 -3 |
| Submódulo Fonoaudiología | <input type="radio"/> 2 sesiones/semana | 1 – 2 -3 |
| Submódulo Estimulación temprana | <input type="radio"/> 2 sesiones/semana | 1 – 2 -3 |
| Submódulo Insumos traqueostomía | <input type="radio"/> Gasas TQT no tejidas (60 por mes). <input type="radio"/> Filtros de traqueotomía (30 por mes). <input type="radio"/> Cánulas (2 por mes). <input type="radio"/> Aspirador manual de vacío (1 por internación). | 1 – 2 -3 |
| Submódulo Insumos Generales | <input type="radio"/> Alcohol líquido y gel, apósitos no estériles, baño fácil, cinta, bolsa colectora de orina/sonda vesical, gasas, guantes, antiséptico tipo yodo-povidona, venda, nebulizador. |sem |

Firma y sello del Médico Solicitante

Aclaración