

Se entiende por prótesis de miembro superior de especial prescripción, los productos:

- PSO 020E MANO ELÉCTRICA MULTIARTICULADA PARA USO POR AMPUTADOS BILATERALES EN LA EXTREMIDAD DOMINANTE (especial prescripción y de acuerdo a un protocolo)
- PSU 020D ARTICULACIÓN DE MUÑECA PARA MANO ELÉCTRICA MULTIARTICULADA (especial prescripción y de acuerdo a un protocolo)
- PSD 020B ARTICULACIÓN DE CODO CON CONTROL DE FLEXO-EXTENSIÓN PROGRAMABLE Y PROPORCIONAL, PARA USO POR AMPUTADOS BILATERALES EN LA EXTREMIDAD DOMINANTE (especial prescripción y de acuerdo a un protocolo)

*La prescripción en HERA de estos productos, debe ser realizada por un médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación (MFyR) en el ámbito de un servicio de MFyR hospitalario con equipo multidisciplinar (médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional...).*

*Actualmente en la Comunidad Valenciana solo se prescriben en el Hospital La Fe.*

*Estos productos además requieren visado por parte de los Inspectores de Servicios Sanitarios de este Departamento de Salud.*

### DATOS DEL PACIENTE

Apellidos		Nombre	
[ ]		[ ]	
SIP	Fecha de nacimiento	Teléfono	Correo electrónico
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Diagnóstico asociado a la solicitud

[ ]

- Enfermedad común      Fecha de inicio      [ ]
- Accidente laboral      Fecha del accidente      [ ]      Mutua      [ ]
- Accidente de tráfico      Fecha del accidente      [ ]      Aseguradora      [ ]
- Otros      [ ]

Otros diagnósticos relevantes

[ ]

### EL MÉDICO PRESCRIPTOR DEBE GARANTIZAR Y COMPROBAR QUE EL PACIENTE CUMPLE LOS SIGUIENTES REQUISITOS PARA UN USO EFECTIVO Y ADECUADO DE LA PRÓTESIS QUE NO PUEDA SER OBTENIDO CON OTRA MANO MIOELÉCTRICA O CODO.

- A) EL PACIENTE ES AMPUTADO BILATERAL DE MIEMBRO SUPERIOR       SÍ     NO
- B) EL USO ES PARA LA EXTREMIDAD DOMINANTE       SÍ     NO
- C) EL PACIENTE TIENE CAPACIDAD FUNCIONAL ADECUADA       SÍ     NO
- D) EL PACIENTE TIENE CONDICIONES DE SALUD ADECUADAS       SÍ     NO
- E) EL PACIENTE TIENE SITUACIÓN SOCIAL Y LABORAL ADECUADA       SÍ     NO

### SITUACIÓN CLÍNICA

- Se ha confirmado de forma objetiva que no presenta deterioro cognitivo  SÍ  NO
- Se ha confirmado que no presenta patología concomitante que dificulte la función de la prótesis  SÍ  NO
- Se ha confirmado que presenta una condición adecuada del miembro residual para permitir la función de la prótesis  SÍ  NO
- Se ha confirmado que esta prescripción aporta una mejora a su autonomía personal respecto a otros tipos de productos del Catálogo  SÍ  NO

### SITUACIÓN SOCIAL

- Se ha confirmado que existe un entorno adecuado para el buen uso y mantenimiento de la prótesis  SÍ  NO

### ENTRENAMIENTO CON SIMULADOR

- Se adjunta informe de valoración multidisciplinar  SÍ  NO
- Realización de entrenamiento previo a la prescripción de la mano o codo, que objetive y demuestre: la obtención de buenas señales mioeléctricas residuales con fuerza funcional, buen control y coordinación de las diferentes señales y capacidad y agilidad para cambiar las diferentes señales (comprobación presencial o telemática):  SÍ  NO
- Existe una adecuada actitud, motivación y colaboración del paciente en el uso y mantenimiento de la prótesis:  SÍ  NO
- Establecimiento sanitario adaptador de la prótesis

### OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

### CÓDIGO HOMOLOGADO Y DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO A PRESCRIBIR

*La mano eléctrica multiarticulada requiere una articulación de muñeca específica, recogida en el catálogo común con el código PSU 020D, por lo que debe hacerse una prescripción conjunta (si se precisa) de ambos tipos de productos. Por tanto, la indicación de la articulación de muñeca PSU 020D, exigirá tener prescrita la mano eléctrica multiarticulada.*

- PSO 020E MANO ELÉCTRICA MULTIARTICULADA PARA USO POR AMPUTADOS BILATERALES EN LA EXTREMIDAD DOMINANTE (especial prescripción y de acuerdo a un protocolo)
- PSU 020D ARTICULACIÓN DE MUÑECA PARA MANO ELÉCTRICA MULTIARTICULADA (especial prescripción y de acuerdo a un protocolo)
- PSD 020B ARTICULACIÓN DE CODO CON CONTROL DE FLEXO-EXTENSIÓN PROGRAMABLE Y PROPORCIONAL, PARA USO POR AMPUTADOS BILATERALES EN LA EXTREMIDAD DOMINANTE (especial prescripción y de acuerdo a un protocolo)

ID PRESCRIPCIÓN

En caso de renovación indicar fecha de la última prescripción

### DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE

Centro hospitalario <input type="text"/>	Servicio-Unidad asistencial <input type="text"/>
Apellidos <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>
Telefono <input type="text"/>	Correo corporativo <input type="text"/>
Fecha <input type="text"/>	Firma <input type="text"/>