

Planilla 1 . INDICACIÓN DE CUIDADOR DOMICILIARIO/A

*A ser completada y firmada por la/el Terapeuta Ocupacional, Psicólogo o Médico.
La presente constituye una Declaración Jurada*

Apellido y Nombre del afiliado/a:

Nº de afiliado/a:

A. Datos del profesional solicitante:

Sello:

Especialidad:

Teléfono de contacto laboral: ()

Horarios potenciales de contacto:

Email de contacto: *no obligatorio*

Cantidad de DIAS de la semana solicitados

1		2		3		4		5		6	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Cantidad de HORAS por día

1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12	
---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--	----	--	----	--	----	--

Sólo se evaluarán solicitudes de más de 12 hs. diarias y/o 6 días semanales en los siguientes casos: dependencia moderada a severa; demencia moderada a severa; enfermedad oncológica activa; cuidados paliativos no oncológicos; postración, alto riesgo social. Cantidad de horas solicitadas Cantidad de días a la semana solicitados en estos casos.

B. DESCRIBA BREVEMENTE EL MOTIVO DE SOLICITUD DE CUIDADOR DOMICILIARIO

C. ESTADO DE SALUD DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

	Si	No	
¿El actual estado de salud le impide salir a la calle?			Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/>
¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impiden valerse por sí mismo?			
¿Posee Certificado Único de Discapacidad? (CUD)			
¿Posee enfermedad oncológica activa?			¿Cuál?
¿Se encuentra bajo cuidados paliativos?			
¿Posee metástasis?			
¿Padece demencia?			Estadio: leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> Mini Mental: (no obligatorio) / 30
¿Tiene problemas conductuales?			
¿Tiene Enfermedad de Parkinson?			
¿Está postrado/a?			Permanentemente <input type="checkbox"/> Transitoriamente <input type="checkbox"/>
¿Posee trastornos de la marcha?			Permanente <input type="checkbox"/> Transitorio <input type="checkbox"/>
¿Cuántas caídas ha tenido en el último año?			
¿Presenta parálisis o paresia, congénita o adquirida?			ACV <input type="checkbox"/> Fecha Accidente <input type="checkbox"/> Fecha Secuela quirúrgica <input type="checkbox"/> Fecha
¿Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales a pesar de sus anteojos?			Ceguera <input type="checkbox"/> Maculopatía <input type="checkbox"/> Visión bulto <input type="checkbox"/> Visión luz <input type="checkbox"/>

¿Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal?			Sordera <input type="checkbox"/> Usa Lengua de Señas <input type="checkbox"/>
¿Ha estado internado/a en los últimos 6 meses?			Motivo: Fecha:
¿Ha recibido cirugías en los últimos 60 días?			Tipo de cirugía Fecha:

D. ESCALA DE BARTHEL. (MARQUE CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

COMER:

(10) Independiente: Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.

(5) Necesita ayuda: Para cortar la carne o el pan, extender la manteca, etc. pero es capaz de comer solo.

(0) Dependiente: Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE (BAÑARSE):

(5) Independiente: Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede hacer todo sin nadie presente

(0) Dependiente: Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE:

(10) Independiente: Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.

(5) Necesita ayuda: Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

(0) Dependiente.

ARREGLARSE:

(5) Independiente: Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.

(0) Dependiente: Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN:

(10) Continente: Ningún episodio de incontinencia.

(5) Accidente ocasional: Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.

(0) Incontinente.

MICCIÓN: (Valorar la semana previa)

(10) Continente: Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.

(5) Accidente ocasional: Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.

(0) Incontinente.

USAR EL BAÑO:

(10) Independiente: Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.

(5) Necesita ayuda: Capaz de valerse con pequeña ayuda, de usar el baño. Puede limpiarse solo.

(0) Dependiente: Incapaz de valerse sin ayuda mayor.

TRASLADO AL SILLON/CAMA:

(15) Independiente: No precisa ayuda.

(10) Mínima ayuda: Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.

(5) Gran ayuda: Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.

(0) Dependiente: Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACION:

(15) Independiente: Puede andar 50 m. o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otros, usar ayudas Instrumentales, bastón, muleta, salvo andador. Si usa prótesis, debe ser capaz de ponérsela y sacársela solo.

(10) Necesita ayuda: Supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Requiere usar andador.

(5) Independiente: (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.

(0) Dependiente.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS:

(10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.

(5) Necesita ayuda. Requiere ayuda o supervisión.

(0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

Valor de Barthel: _____ /100

Firma y matrícula/sello del profesional: _____ **Fecha:** _____