

PLAN DE TRATAMIENTO PARA INTERNACIÓN DOMICILIARIA

Prestación	Frecuencias	(Indicar la medicación necesaria y su frecuencia / * sem = semana)
Enfermería	☐ 3-5 por *sem	☐ diaria 2 por día ☐ 3 por día ☐ Guardia hs
Kinesiología motora	☐ 2 por sem ☐ 3 por sem	
Kinesiología respiratoria	☐ 2 por sem ☐ 3 por sem ☐ 5 por sem	☐ diaria
Seguimiento clínico	☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Semanal	
Consulta especialista	☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Semanal	
Fonoaudiología	☐ 1 por sem ☐ 2 por sem	
Terapia ocupacional	☐ 1 por sem ☐ 2 por sem	
Asistente domiciliario	☐ 4 hs diarias ☐ 6 hs diarias ☐ 8 hs diarias	

Equipamientos e Insumos	(Indicar con una X el equipamiento e insumos necesarios)
☐ Silla de ruedas	
☐ Cama ortopédica	
☐ Colchón antiescaras	
☐ Andador	
☐ Elevador de inodoro	
☐ Oxigenoterapia A	
☐ Oxigenoterapia B	
☐ Bomba de alimentación	
☐ Insumos Higiene y Confort	
☐ Insumos curaciones	
☐ Insumos TQT	
☐ Otros _____	

Justificación de tratamiento
Justificar el tratamiento e indicar su duración

