

PLAN DE TRATAMIENTO PARA INTERNACIÓN DOMICILIARIA

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

Firma y sello del Prestador/a