

INTERNACIÓN DOMICILIARIA

DATOS DE LA PERSONA AFILIADA	
N° AFILIADO:	MÉDICO TRATANTE:
APELLIDO Y NOMBRE:	MP:
DNI:	TELÉFONO MÉDICO:
TELÉFONO:	MAIL MÉDICO:
INSTITUCION DE REFERENCIA:	
DOMICILIO ASISTENCIA(LOCALIDAD /DIRECCIÓN):	

DATOS DEL FAMILIAR Y/O RESPONSABLE	
APELLIDO Y NOMBRE:	RELACIÓN VINCULAR:
TELÉFONOS (AL MENOS 2)	MAIL:

INFORME MÉDICO	1° VEZ <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> FECHA INICIO...../...../.....
DIAGNÓSTICO QUE MOTIVA LA PRESTACIÓN DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA	
HISTORIA CLÍNICA Especificar antecedentes de enfermedad actual y otros relevantes. Indicar eventos patológicos mencionados, estadio de enfermedad y grado objetivo de severidad, evolución con tratamiento médico y de rehabilitación.	
PUNTUACION INDICE BARTHEL (Si corresponde)	

MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA CON UNA X

- | | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Postrado/a en cama | <input type="checkbox"/> En silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Deambula | <input type="checkbox"/> Oxígeno dependiente | <input type="checkbox"/> Traqueotomía |
| <input type="checkbox"/> Alimentación con bomba | <input type="checkbox"/> Gastro yeyunostomía | <input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica | <input type="checkbox"/> Sonda vesical | <input type="checkbox"/> Úlceras, heridas, escaras |

EN CASO DE ESCARAS:

MARQUE LA LOCALIZACIÓN CON UNA X

- Grado I:** Limitada a las capas superficiales de la piel, se manifiesta a través del enrojecimiento y no está rota la barrera cutánea, se mantiene la integridad de la piel.
- Grado II:** Afecta a las capas superficiales de la piel y se prolonga a la primera porción del tejido graso subyacente, y se manifiesta con erosiones, ampollas y/ o desgarros superficiales.
- Grado III:** se extiende más profundamente a través de estructuras superficiales, afecta a la grasa subcutánea, produciendo necrosis del tejido comprometido y alcanza, pero sin llegar a comprometer los músculos.
- Grado IV:** destrucción de todo el tejido blando desde la piel hacia el hueso, el nivel de ulceración llega a músculo, hueso, articulaciones, cavidades organizadas adyacentes y estructuras de sostén.

MÓDULOS SUGERIDOS

Marque con una X	Módulos Principales (Excluyentes entre sí)	¿Qué incluye el Módulo?
<input type="checkbox"/>	MODULO CLINICO I BAJA COMPLEJIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica: una visita cada dos semanas • Enfermería: una visita diaria • Insumos generales: incluidos
<input type="checkbox"/>	MODULO CLINICO II PATOLOGIAS CRONICAS COMPLEJAS	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica: una visita por semana • Enfermería: dos visitas diarias • Insumos generales: incluidos
<input type="checkbox"/>	MODULO TRATAMIENTO PALIATIVO DOMICILIARIO	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica: una visita semana • Enfermería: dos visitas diarias • Insumos generales: incluidos

PERÍODO DE TRATAMIENTO (marque con una X)

1 mes

2 meses

3 meses

4 meses

SUBMÓDULOS COMPLEMENTARIOS

SUBMÓDULO	Marque con una X	¿Qué incluye el Submódulo?
SUBMODULO DE INSUMOS GENERALES I	<input type="checkbox"/>	Frascos estériles/ Guantes latex/ Jeringas / Algodón/ Sonda vesical tipo Foley con bolsa/ Bolsa colectora de orina
SUBMODULO DE INSUMOS GENERALES DE II	<input type="checkbox"/>	Agua destilada / Solución fisiológica / Sonda vs medidas / Sonda de aspiración/ Guantes estériles / Gasas no hiladas/ Cánula de Aspiración KN93
SUBMODULO DE INSUMOS GENERALES DE III	<input type="checkbox"/>	Aspirador / Oxímetro de pulso pediátrico / Solución fisiológica / Sonda de aspiración pediátrica Sonda nasogástrica / Tensiómetro / Manguera de aspiración de 5m Cánula de Aspiración KN93
SUBMÓDULO EQUIPAMIENTO	<input type="checkbox"/>	Cama ortopédica
	<input type="checkbox"/>	Elevador de inodoro
SUBMÓDULO OXIGENOTERAPIA	<input type="checkbox"/>	RESPIRADOR
	<input type="checkbox"/>	BIPAP- CIPAP
SUBMÓDULO INSUMOS		
ADMINISTRACIÓN PARENTERAL / TRATAMIENTO ATB	<input type="checkbox"/>	Guía de suero / Pie de suero / Solución fisiológica o dextrosado / Abbocath / Aguja / Aguja Butterfly / Descartador rígido / Jeringas / Llave de tres vías /Prolongadores / Apósitos trasparentes para el cuidado de la piel (tipo Tegaderm)

<p>SUBMÓDULO INSUMOS TRAQUEOTOMÍA</p>	<p><input type="checkbox"/> Gasas TQT no tejidas / Filtros de traqueotomía / Cánulas / Aspirador manual de vacío</p>
<p>SUBMÓDULO DE SALUD MENTAL</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 sesion de psicologia semanal <input type="checkbox"/> 1 sesion de psiquiatria semanal</p>
<p>SUBMÓDULO KINESIOLOGÍA</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 sesiones por semana <input type="checkbox"/> 3 sesiones por semana <input type="checkbox"/> 5 sesiones por semana</p>
<p>SUBMÓDULO FONOAUDIOLOGÍA</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 sesión por semana <input type="checkbox"/> 2 sesiones por semana <input type="checkbox"/> 3 sesiones por semana</p>
<p>SUBMÓDULO ESTIMULACIÓN TEMPRANA (MENORES DE 5 AÑOS)</p>	<p><input type="checkbox"/> 2 sesiones por semana</p>

SUBMÓDULO DE CUIDADOR	<input type="checkbox"/> 4 horas por día <input type="checkbox"/> 8 horas por día <input type="checkbox"/> 12 horas por día
SUBMÓDULO ENFERMERÍA	<input type="checkbox"/> 1 visita por día <input type="checkbox"/> 2 visitas por día <input type="checkbox"/> 2 horas por día <input type="checkbox"/> 4 horas por día <input type="checkbox"/> 6 horas por día

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

IMPORTANTE: LOS MÓDULOS SUGERIDOS POR EL MÉDICO O LA MÉDICA ESTÁN SUJETOS A AUTORIZACIÓN POR AUDITORÍA MÉDICA EN NIVEL CENTRAL APROSS