

ANEXO I

INTERNACIÓN DOMICILIARIA

DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

N° AFILIADO:

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI:

TELÉFONO:

MÉDICO TRATANTE:

MP:

TELÉFONO MÉDICO:

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

RENOVACIÓN

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.

PUNTUACIÓN ÍNDICE BARTHEL
(Si corresponde)

MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA CON UNA X

- Postrado/a en cama En silla de ruedas Deambula Oxígeno dependiente Traqueotomía
- Alimentación con bomba Gastro yeyunostomía Sonda nasogástrica Sonda vesical 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. 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

MÓDULOS PRINCIPALES

¿Qué incluye el módulo?

**MÓDULO CLÍNICO I
BAJA COMPLEJIDAD**
(cód. 460101)

- Consulta médica: una visita cada dos semanas
· Enfermería: una visita diaria
· Insumos generales: incluidos

**MODULO CLINICO I B
MEDIANA COMPLEJIDAD**
(cód. 460104)

- Consulta médica: una visita por semana
· Enfermería: cuatro visitas diarias
· Insumos generales: incluidos

**MÓDULO CLÍNICO II
PATOLOGÍAS CRÓNICAS
COMPLEJAS**
(cód. 460102)

- Consulta médica: una visita por semana
· Enfermería: dos visitas diarias
· Insumos generales: incluidos
· hasta 16 sesiones KTM/KTR

PERÍODO DE TRATAMIENTO
(marque con una X)

- 1 MES 2 MESES 3 MESES 4 MESES 6 MESES

MÓDULOS SUGERIDOS

SUBMÓDULOS DE INSUMOS

1 - CURACIONES (cód. 460136)

- Gasas x 60
- Guantes x 60 pares
- Soluc. fisiológica 500ml x 10
- Pervinox
- Cinta

2 - SONDAS VESICALES (cód. 460137)

- Sonda siliconada x 1
- Bolsas vesicales

3 - SONDAS ASPIRACIÓN (cód. 460138)

- Sondas o cánulas de aspiración x 60
- Agua destilada x 500 x 2
- Guantes comunes x 50 (2 cajas)
- Gasas x 60

4 - INSUMOS DE ADMINISTRACIÓN PARENTAL / TRATAMIENTO ATB / HIDRATACIÓN (cód. 460139)

- Guía de suero x 1
- Pie de suero x 1
- Solución fisiológica 500ml o DX 500 promedio 3 x día que dure módulo, según corresponda ATB autorizado.
- Abbocath x 10
- Aguja x 30 máximo (mensual)
- Aguja butterfly x 15 máximo (mensual)
- Descartador rígido x 1
- Jeringas 5, 10ml. x 20 máximo
- Llaves de tres vías x 2
- Prolongadores x 2
- Cinta x 2

5 - INSUMOS DE TRAQUEOSTOMÍA (cód. 4600114)

- Gasas TQT no tejidas (60 por mes)
- Filtros de traqueostomía (30 por mes)
- Aspirado manual de vacío (1 por internación)
- Gasas x 60
- Collarín x 10
- Sondas o cánulas para aspiración (a 2/3 por día) 90 por mes

6 - EQUIPAMIENTO

- Cama ortopédica - cód. 4600115
- Adaptador inodoro - cód. 4600116

7 - OXIGENOTERAPIA

- Respirador - cód. 4600117
- Bipap o cipap con frecuencia y batería interna/externa - Respirador portátil - cód. 4600118 (backup a cargo prestador)

- 8 - SERVICIO DE ENFERMERÍA** · 4 hs/día - cód. 460120
 · 10 hs/día - cód. 460140
 · 22 hs/día - cód. 460141
-

- 9 - CUIDADOR**
(INCOMPATIBLE
CON ENFERMERÍA) · 4 hs/día - cód. 4600124
 · 12 hs/día - cód. 4600125
-

- 10 - KINESIOLOGÍA** · 2 sesiones por semana - cód 4600127
 · 3 sesiones por semana - cód 4600128
 · 5 sesiones por semana - cód 4600129
-

- 11 - FONOAUDIOLÓGIA** · 1 sesión por semana - cód 4600130
 · 2 sesiones por semana - cód 4600131
-

- 12 - ESTIMULACIÓN TEMPRANA** · 2 sesiones por semana - cód 4600133
(para menores de 2 años)
-

- 13 - SALUD MENTAL** · 1 sesión de psicología por semana - cód 4600134
 · 1 sesión de psiquiatría por mes - cód 4600135
-

.....
Firma de Médico Tratante

.....
Firma de Director Médico

.....
Firma de Auditor de Terreno

IMPORTANTE:

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