

**Planilla 4** / complementaria a Planilla 2

**Ficha de solicitud de equipamiento NO NOMENCLADO**

*A ser completada por el Médico prescriptor*

**1. Evaluación del Paciente /**

Tiempo de Amputación: \_\_\_\_\_

Edad y actividad ocupacional del Afiliado

detallada \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examen neuroortopedico que incluya:

- Rangos Articulares del segmento residual y contralateral

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Fuerza muscular del segmento residual y contralateral

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Funcionalidad del segmento Residual y contralateral

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Equipamiento actual, tiempo de uso, estado del mismo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Consideraciones entre el equipamiento actual, el prescriptor y el contemplado en normativas de IOMA, en cuanto a ventajas y desventajas /**

	Equipamiento actual	Equipamiento prescriptor	Equipamiento de Resol. 2345/09
Material de Confección			
Elementos constitutivos del mismo y funcionalidad de cada uno de ellos			
Grado de Dificultad en el entrenamiento para su uso			
Profesionales requeridos para dicha capacitación y tiempo estimativo de la misma.			
Mantenimiento			
Durabilidad			
Accesibilidad de repuestos y origen de la fabricación de los mismos			

**Deberá consignarse el porcentaje de efectividad del material prescrito según estadística del profesional prescriptor en base a trabajos científicos en los que basa criterio. (adjuntar cita bibliográfica)**