|  |  |
| --- | --- |
|  | **ANEXO N°6****FORMULARIO DE INDICACIÓN ELEMENTOS PROTÉSICOS CONVOCATORIA AÑO 2020** |
| **Importante:*** La indicación de elementos protésicos de miembro superior e inferior debe ser realizada por médico traumatólogo o médico fisiatra, y en el caso de prótesis ocular por médico oftalmólogo. De lo contrario, se considera motivo de **rechazo de la postulación.** Profesional declara que postulante cumple con las condiciones necesarias para la adaptación de las Ayudas Técnicas requeridas. Los tipos y características de las Ayudas Técnicas indicadas están sujetos a revisión para asegurar su pertinencia técnica.
* Para completar adecuadamente este formulario respecto a la selección de las características de las ayudas técnicas, requiere estar en conocimiento del Anexo N°2 Catálogo de Ayudas Técnicas Convocatoria Año 2020” de SENADIS, disponible en el sitio web: https:/[/www.se](http://www.senadis.gob.cl/)n[adis.gob.cl/,](http://www.senadis.gob.cl/) sección “Beneficios” y luego “Ayudas Técnicas.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de indicación** | **/ /** |

1. **Antecedentes personales del solicitante:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | **Run** |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |
| **Diagnóstico(s)** |  |
| **Nivel de la amputación** |  | **Desarticulado de hombro** |  | **Sobre codo** |  | **Bajo codo** |  | **Desarticulado de muñeca** |
|  | **Desarticulado de cadera** |  | **Sobre rodilla** |  | **Bajo rodilla** |  | **Desarticulado de rodilla** |  | **Pie** |

1. **Ayuda(s) técnica(s) a solicitar**

|  |
| --- |
| **Prótesis ocular** |
| **Segmento a tratar** |  | **Derecho** |  | **Izquierdo** |  | **Ambos** |
| **Prótesis a solicitar** |  | **Polimetilmetacrilato (PMMA)** |  | **Vidrio** |

|  |
| --- |
| **Prótesis de miembro superior** |
| **Segmento a tratar** |  | **Derecho** |  | **Izquierdo** |  | **Ambos** |
| **Prótesis a solicitar** |  | **Desarticulada de hombro** |  | **Transhumeral** |  | **Transradial** |  | **Mano** |
| **Configuración prótesis modular de miembro superior** | **Socket** |
| **Codo** |
| **Terminación** | **Gancho** |  | **Mano cosmética con guante** | **Mano mecánica** |
| **Montaje muñeca** |  | **Rosca** |  |  |  | **Bloqueo** |  |  |  |  |
| **Sujeción** | **Arnés en 8** | **Arnés torácica** | **Otra :**  |

|  |
| --- |
| **Prótesis de miembro inferior** |
| **Segmento a tratar** |  | **Derecho** |  | **Izquierdo** |  | **Ambos** |
| **Prótesis a solicitar** |  | **Desarticulada de cadera** |  | **Transfemoral** |  | **Desarticulado de rodilla** |  | **Transtibial** |
|  | **Lisfranc** |  | **Chopart** |  | **Syme** |
| **Configuración prótesis modular de miembro inferior** | **Socket** | **Contención Isquiática** | **Cuadrilátero** | **ML estrecho** | **PTB** |  | **PTS** | **KBM** |
| **Interfase** | **Poliform** |  |  | **Liner silicona** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rodilla** | **Manual** |  | **Autobloqueante** |  |  |  | **Policéntrica** |  |  |  |  |
| **Pierna** | **Duraluminio** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tipo pie** | **Sach** |  | **Articulado** |  |  |  | **Dinámico** |  |  |  |  |  |  |
| **Sujeción** | **Correas** |  | **Elástico** |  |  | **Succión** |  | **Shuttle lock** |
| **Sujeción auxiliar** | **Correas** | **Neopreno** |  |  | **Silicona** |  |  |  |  |  |  |

1. **Identificación de profesional médico que indica:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | **Run** |  |
| **Especialidad** |  | **Institución** |  |
| **Teléfono** |  | **Firma y timbre** |  |
| **Email** |  |

**1** de **1**