



## PROTOCOLO PARA PRODUCTOS GRUPO 12 24 ACCESORIOS PARA SILLAS DE RUEDAS

(Este protocolo deberá ir acompañado del modelo de informe de prescripción para sillas de ruedas eléctricas y ser cumplimentado en todos sus campos por el/la especialista)

**SRA 030B Otro mando especial para silla de ruedas eléctrica.**

### Responsable de la prescripción

(Especialista en Medicina Física y Rehabilitación)

Nombre y apellidos:

Nº de colegiado:

### Datos identificación usuario

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

Peso y talla, si procede:

### Diagnóstico

Discapacidad o patología que justifica la prescripción:

Patologías concomitantes que influyan en la prescripción:

Otra información clínica de interés:

### Capacidad para el manejo de silla de ruedas eléctrica

Mantiene capacidades

Visual SI  NO

Auditiva SI  NO

Cognitiva SI  NO

Capacidad conducción independiente con colocación mando en otra localización: SI  NO

Confirmación que el mando en otra localización no supone un riesgo añadido para él y terceras personas:

SI  NO



### Entrenamiento o prueba previa

Se ha realizado entrenamiento o prueba previa a la prescripción, donde se objetive y demuestre que el paciente ha adquirido las habilidades en el manejo del dispositivo, con un control y una coordinación adecuadas, que asegure una movilidad eficiente y segura para el paciente y su entorno (comprobación presencial o telemática):

SI  NO

Existe una adecuada actitud, motivación y colaboración del paciente en el uso y mantenimiento de este tipo de mando:

SI  NO

### Prescripción

Fecha:

Tipo de producto (código y descripción) o nombre del producto:

Sustituible por otro del mismo tipo SI  NO

Clase de prescripción

Primera prescripción

Reparación

Renovación  
(Justificar el motivo)

Ordinaria

Por variación

Recomendaciones de uso:

Revisiones que, en su caso, hayan de realizarse:

**Firma y sello del responsable de la prescripción  
(Obligatorios ambos)**