

INFORME DE SALUD

SOLICITUD DE VALORACIÓN DE DEPENDENCIA

Nombre y Apellidos _____

Fecha de emisión del informe _____

Indique los **diagnósticos** (CIE-10, CDIAP-2) de las principales enfermedades, trastornos u otras **condiciones de salud relacionadas** con la **situación de dependencia** de la persona:

Diagnóstico Principal (al menos 1):

Otros diagnósticos relacionados con la situación de dependencia:

Indique los **tratamientos actuales** que tiene prescritos:

¿Las deficiencias que presenta son **permanentes**?

- Sí
 No. En este caso, indicar las medidas terapéuticas y/o rehabilitadoras a las que está siendo sometido.

¿Presenta alguna Deficiencia en las **Funciones Mentales** (Trastorno Cognitivo, Retraso Mental, Enfermedad Mental, otras)?

- No
 Sí

¿Tiene aplicada la **Escala de Barthel**?

- Sí. En este caso, rellenar cuestionario o adjuntar fotocopia.
 No. En su caso, rellenar el cuestionario.

Fdo: El profesional de salud _____ N° Colegiado _____



ESCALA DE BARTHEL

Fecha de aplicación de la Escala: _____

Comer:

- (10) Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
- (0) Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

Lavarse (Bañarse):

- (5) Independiente. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda o supervisión.

Vestirse:

- (10) Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- (5) Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
- (0) Dependiente.

Arreglarse:

- (5) Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- (0) Dependiente. Necesita alguna ayuda.

Deposición:

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia.
- (5) Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas y supositorios.
- (0) Incontinente.

Micción (valorar la semana previa):

- (10) Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo.
- (5) Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos.
- (0) Incontinente.

Usar el retrete:

- (10) Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- (0) Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.

Traslado al sillón/cama:

- (15) Independiente. No precisa ayuda.
- (10) Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.
- (5) Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- (0) Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulacion:

- (15) Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.
- (10) Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador.
- (5) Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente.

Subir / bajar escaleras:

- (10) Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona.
- (5) Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión.
- (0) Dependiente. Incapaz de salvar escalones

PUNTUACIÓN FINAL: _____ puntos

Fdo: El profesional de salud _____ N° Colegiado _____