

Osasun txostena, mendekotasunaren ebaluazioa egiteko  
 eskabideari eranstekoa  
 Informe de salud a adjuntar a la solicitud de valoración  
 de dependencia



Lehenengo abizena / Primer apellido	Bigarren abizena / Segundo apellido	Izena / Nombre
Jaiotza data / Fecha de nacimiento	NAN/AIZ/Pasaportea / DNI/NIE/Pasaporte	Sexua / Sexo <input type="checkbox"/> Gizona / Hombre <input type="checkbox"/> Emakumea / Mujer

1. *Desgaitasun egoera arrazoitzen duten* gaixotasunaren, nahastearen edo bestelako osasun-egoeren diagnostikoak (Gaixotasunen Nazioarteko Sailkapenaren arabera), direla kronikoak, luzarokoak edo epe luzekoak. Zure ustez egoera horretan duten eraginaren arabera sailkatu, garrantzitsuenetatik hasita.

Diagnósticos, según CIE, de las principales enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud de carácter permanente crónico, prolongado, de larga duración que motiven situación de discapacidad en el orden que considere más importante en relación a la incidencia sobre dicha situación.

Hurrenkera Orden	Diagnostikoa / Diagnóstico	GNS kodea Código CIE
1		
2		
3		
4		
5		
6		

2. Haurrak baldin badira, 0 eta 6 hilabete artekoak, jaio zireneko pisua (gramotan)  
 En el caso de niños entre 0 y 6 meses, peso al nacimiento en gramos

3. Medikuak aginduta, gaur egun dituen tratamenduak  
 Tratamientos actuales que tiene prescritos

Farmakologikoak Farmacológicos	
Psikoterapeutikoak Psicoterapéuticos	
Birgaitzekoak Rehabilitadores	
Laguntza teknikoak Ayudas técnicas	
Erizaintza arreta Cuidados de enfermería	
Beste batzuk Otros	

4. Goian deskribatutako patologien artekoen batek agerraldiak izaten baditu, adierazi ezazu  
Si entre las patologías descritas, alguna cursa en brotes, indíquela

Patologia / Patología	Azken urtean zenbatero agertu den Frecuencia en el último año

5. Adieraz ezazu ea neurri terapeutiko egokiekin egungo osasun egoera datozen sei hilabeteetan aldatu daitekeen ala ez

Con las medidas terapéuticas adecuadas, indique si la situación actual de salud puede modificarse, probablemente, en los próximos seis meses

Gutxi gorabehera berdín jarraituko du/ Se mantendrá más o menos igual

Hobera egingo du / Mejorará

Okerrera egingo du / Empeorará

6. Oharrak / Observaciones

Txostena ematen duen medikua / Informe emitido por D./D.<sup>a</sup>

Kolegiatu zenbakia / Número de colegiado/a:

Zein erakundetako medikua den / Facultativo/a dependiente del Organismo:

(Tokia / lugar)

(urtea / año)  
N, 20 (e)ko

(hilabetea / mes)

k

(eguna / día)

Sinadura eta data / Fecha y firma

Erakundearen zigilua / Sello de la entidad