

Servei de Salut de les Illes <b>AUTORITZAT</b>
Data:
Signatura:
Identificació

**Prescripció de cadires de rodes manuals**

**Identificació del/de la pacient**

Llinatges i nom Edat CIP

Domicili

Centre de Salut

Diagnòstic Codi

**Característiques del/de la pacient**

	SI	NO
Impossibilitat de caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacitat de realitzar trajectes moderats o llargs tot i amb ajudes de marxa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacitat d'autopropulsió amb la cadira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Situació**

Temporal   
 Permanent

Dades de l'article		
Codi	Descripció	
12 21 00 000	Cadira de rodes manual no autopropulsable no plegable o rígida amb reposabraços desmuntables, reposapeus abatibles i graduables (amb o sense inodor)	<input type="checkbox"/>
12 21 00 010	Cadira de rodes manual no autopropulsable plegable amb reposabraços desmuntables, reposapeus abatibles i graduables	<input type="checkbox"/>
12 21 00 100	Cadira de rodes manual autopropulsable no plegable o rígida amb reposabraços desmuntables, reposapeus abatibles i graduables	<input type="checkbox"/>
12 21 00 110	Cadira de rodes manual autopropulsable plegable amb reposabraços desmuntables, reposapeus abatibles i graduables	<input type="checkbox"/>
12 24 15 000	Palangana desmuntable especial	<input type="checkbox"/>
12 24 89 000	Recolzaments posturals per a la cadira de rodes, inclosos tacs i corretges	<input type="checkbox"/>

**Dades del metge/essa que fa la prescripció**

Llinatges i nom Núm. de col·legiat o CIAS

Signatura

Data

**Dades del centre dispensador**

NIF Lliurament de l'article

Data de la dispensació

He rebut:

Segell i signatura

NIF, nom, llinatges i signatura

Nota : El material prescrit s'ha de retornar al Servei de Salut quan ja no el necessiti

EXEMPLAR PER A LA PERSONA USUÀRIA