Amorebieta-Etxanoko Udala
Bizkaia

A N E X O IV. E R A N S K I N A

ETXEZ ETXEKO LAGUNTZA ZERBITZUAREN OSASUN FITXA
FICHA SANITARIA DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

• Informe realizado por el médico _____Colegiado en _____ Con el nº_____
_____medikuak egindako txostena, _____n kolegiatua _____zk.arekin

• Nombre y Apellidos de la persona solicitante del servicio de ayuda a domicilio _____
Etxez etxeko laguntza zerbitzua eskatzen duenaren izen-abizenak _____

_____ NAN /D.N.I.: _____

• Osasun arazo garrantzitsuenak / Problemas de salud más importantes

A) _____ E) _____

B) _____ F) _____

C) _____ G) _____

• Ohiko botikak / Medicación habitual

A) _____ E) _____

B) _____ F) _____

C) _____ G) _____

• Noraezean ibiltzea / Deambulación:

•Ohiko botikak / Medicación habitual

☐ Bakarrik / Sólo

☐ Bakarrik laguntza teknikoarekin Sólo con ayuda técnica: ☐ Makilarekin Con bastón ☐ Ibiltzailearekin Con andador ☐ Gurpildun aulkiarekin Con silla de ruedas

☐ Beste pertsona batek lagunduta / Ayudado por otra persona

☐ Ohean / Encamamiento

• Gaitasun kognitiboa: Capacidad cognitiva: ☐ Arrunta Normal ☐ Galera kognitibo arina-moderatua Deterioro cognitivo leve-moderado ☐ Galera kognitibo larria-oso larria Deterioro cognitivo grave-muy grave

• Zentzuak / Sentidos:

	IKUSMENA / VISION	ENTZUMENA AUDICION	HIZKUNTZA LENGUAJE
Arrunta edo defizit arina			
Déficit Moderado o grave con adaptación Defizit moderatua edo larria egokitzapenarekin			
Defizit osoa / dDéficit Total			

• Oharrak / Observaciones: _____

_____

_____

_____

_____n, _____(e)ko _____ren _____(e)an
En _____, a_____ de _____ de 20

Firma: