

## Guía de Prescripción de Prótesis

*(Debe ser completada por Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. En caso de no contar con especialista en la localidad de residencia del afiliado, puede ser completada por Traumatólogo)*

### DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido:

Nombre(s):

DNI N°:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Sexo:

Domicilio:

Urbano

Rural

Teléfono de contacto:

1- **Historia de Enfermedad Actual:** .....

.....

.....

### 2- Interrogatorio

Fecha de lesión:

Etiología:

Congénita

Vascular

Traumática

Tumoral

Otras (¿Cuál?):

Intervenciones Quirúrgicas

By Pass o revascularización previa: Si  No

Cantidad de intervenciones sobre miembro amputado:

Fechas de Cirugías:

Enfermedades Sobreañadidas

IAM

ACV

Enfermedad Cardiovascular

Ceguera

Dism. Visual

DBT

HTA

Obesidad

Artritis

Otras (detallar complicaciones secundarias):

3- **Examen Físico** (debe llenar una ficha por cada segmento amputado en caso de existir más de 1)

### 3 -I- **Valoración del Muñón**

A- Nivel de amputación y lado:

B- Longitud del muñón en cm:

Longitud de igual segmento de la extremidad contralateral:

Perímetro:

Proximal:

Medio:

Distal:

C- Arco articular proximal a la amputación (Con detalle de articulación y rangos: flexo extensión, abducción aducción, rotación):

D- Fuerza muscular de Miembro amputado (Según escala de 0 a 5):

E- Músculos Afectados:

F- Movimientos afectados:

**G- Estado del Muñón**

Forma: Cónica  Rectangular  Globulosa  Otras   
 Tamaño: Largo  Corto   
 Cicatriz: Transversa  Anterior  Media  Posterior  Anfractuosa   
 Sensibilidad: Si  No   
 Tejido Adiposo:  
 Estado de la piel (Ulceraciones -Lesiones):  
 Tono: Flácido  Espástico  Normal   
 Sepsis Muñón: Si  No   
 Adherencias: Si  No   
 Contracturas: Si  No  Detalle:  
 Realizó Vendaje: Si  No   
 Si la deficiencia es de la extremidad inferior, complete valores de Maniobra de Thomas  
 Derecho: Izquierdo:  
 Puntos Dolor: Si  No   
 Sensación de miembro Fantasma: Si  No   
 Trastornos Circulatorios: Si  No

**H- Estado de miembro contralateral**

Pulso: Pedio Si  No  Tibial Posterior Si  No   
 Poplíteo Si  No  Femoral Si  No   
 Dermatitis ocre purpúrica y pigmentaria: Si  No   
 Doppler de Miembro CONTRALATERAL (adjuntar en DBT y vascular)

**I - Lumbalgia: Si  No**

**3 - II- Nivel de actividad PREVIO a la amputación**

No deambulador  Usuario silla de ruedas  Sedentario   
 Usuario de Bastón  Usuario de Andador  Deambulador Domiciliario   
 Deambulador comunitario  Actividad deportiva   
 Detalle de actividad física deportiva y frecuencia:

**3 - III- Actividad ACTUAL:**

Estudiante   
 Trabajador  Detalle:  
 Jubilado

**3 - IV - Detalle de dificultades en la marcha con equipamiento (Rotación de pie, aumento de base de sustentación, falta de simetría, otros):**

**3 - V - Valoración cardiovascular con informe cardiológico (teniendo en cuenta que amputación transtibial unilateral incrementa 25-50 % la necesidad Energética y la transfemoral unilateral un 60 %):**

**3 - VI - Prescripción: (Detalle de características de cuenca de adaptación, y componentes del equipamiento): .....**  
 .....  
 .....  
 .....