

## CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION COLOMBIA CIREC

## RECOMENDACIONES DE MANTENIMIENTO PROTESIS

GESTION DE OPERACIONES

| CODIGO   | FO-05-13   |
|----------|------------|
| VERSION  | 1          |
| FECHA DE | 25/11/2011 |
| EMISION  |            |
|          |            |

| Fecha:           |            |
|------------------|------------|
| Usuario <u>:</u> | Documento: |

## **RECOMENDACIONES SEMANALES**

- Se debe limpiar el socket diariamente con una toalla, para limpiar los excesos de sudor.
- La prótesis debe quitársela al momento de dormir.
- No dejar caer la prótesis, no golpear objetos por ella.
- La prótesis no se debe mojar, en caso que esto ocurra se deberá secar inmediatamente cada una de sus partes.
- En caso que ocurra algún daño en la prótesis, por favor no trate de arreglarla, inmediatamente solicite cita de revisión para realizar los arreglos.
- Evitar el contacto de la prótesis con líquidos inflamables o líquidos que le puedan manchar.
- El elemento cosmético sea mano activa o pies, se debe limpiar con una toalla húmeda con agua, no debe usarse jabón; evitar colocarlo en superficies calientes, cortantes o rugosas.
- Para usuarios de prótesis de miembro inferior, en invierno o salidas al campo o zonas pantanosas siempre proteja la prótesis, usando botas de caucho para tener mayor duración de las partes.
- Si usted es deportista, consulte al médico para elegir la prótesis que se adapte a su deporte.
- Utilice siempre la prótesis con el tacón adecuado, idealmente el mismo que utilizo durante el entrenamiento.

De los cuidados y recomendaciones anteriormente mencionados depende la funcionalidad y durabilidad de la prótesis.

| OBSERVACIONES: |                                  |  |                         |  |  |
|----------------|----------------------------------|--|-------------------------|--|--|
|                |                                  |  |                         |  |  |
| Solicita       | ar fechas de control: (Favor lla | mar antes de cada cita programada al PB) | <br>( 7953600 opción 2) |  |  |
| 1.             | CONTROL: FECHA                   | HORA                                     |                         |  |  |
| 2.             | CONTROL: FECHA                   | HORA                                     |                         |  |  |
| 3.             | CONTROL: FECHA                   | HORA                                     |                         |  |  |
| Recibo         | la silla de ruedas a satisfaccio | on funcional v en buen estado.           |                         |  |  |

| FIRMA DE PACIENTE – NOMBRE COMPLETO | FIRMA ACUDIENTE – NOMBRE COMPLETO |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| C.C                                 | C.C                               |
| DIRECCION                           | DIRECCION                         |