|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |  |  |  | **CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION DE COLOMBIA CIREC** | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | **Còdigo** | | FO-18-14 |
|  |  |  |  |  |  |  | **FORMATO DE TOMA DE MEDIDAS** | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | **Version** |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  | **AYUDAS DE MOVILIDAD** | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  | **Fecha de Emision:** | | 19/04/2017 |
|  |  |  |  |  |  |  | **GESTION OPERACIONES** | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| **A. DATOS DEL PACIENTE / USUARIO**  1030171622  18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:**  Cra 54 65-25 | | | | | | | | | | | **Sexo:**  **M** **F** | | | | | **Edad:** | | | | **Documento:** | | |  |  |  |  |
| **Entidad:** | | |  |  |  |  |
| **Dirección:**  3125896395-3154568920  Cesar Andres Rodriguez | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha toma de medidas:** | | | | | | |
| **Teléfonos:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. CARACTERISTICAS DE USO / ENTORNO**  Ing. sistemddasas  22/06/2022 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ocupación del paciente** | | | | 4 horas al día | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tiempo de permanencia en elemento** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Terreno donde se desenvuelve** | | | | Urbano | | | | | Rural | | Pendientes | | | | Rampas de domicilio: | | | | | | | | | | | |
| **Tiempo de uso por día:** | | | | 1-3 horas | | | | | 3-5 horas | | 5-8 horas | | | | 8-12 horas | | | | | | Más de 12 horas  dE45 | | | | | |
| **Amperaje (silla motorizada):** | | | |  | | | | | | | | | | | **Tipo de batería:** | | | | | | | | | | | |
| **C. Historial Médico /VALORACION CLINICA**  Trauma raquimedular  120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnóstico:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Tiempo de Evolución:** | | | |
| **Presencia de escaras** | | |  | **SI** |  |  | **NO** |  | **LESION MEDULAR** | |  |  |  | **ESPINA BIFIDA** | | | |  |  |  | **ESPECIFIQUE TIPO O NIVEL DE LESION**  Lesión t5 | | | | | |
| **presencia de dolor** | | |  | **SI** |  |  | **NO** |  | **PCI** |  |  |  |  | **CUADRAPLEJIA** | | | |  |  |  |
| **Control de esfínteres** | | |  | **SI** |  |  | **NO** |  | **ECV** |  |  |  |  | **PARAPLEJIA** | | |  |  |  |  |
| **Presencia de deformidades** | | |  | **SI** |  |  | **NO** |  | **DISTROFIA MUSCULAR** | | |  |  | **HEMIPLEGIA** | | |  |  |  |  |
| **Fuerza muscular** | | |  | **SI** |  |  | **NO** |  | **ESCLEROSIS MULTIPLE** | | |  |  | **OTRA PATOLOGIA** | | | |  |  |  |
| **D. MEDIDAS ANTROPOMETRICAS (solamente medidas del paciente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Peso: Kg. TALLA:**  85 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **A** | | | | | |
| Ancho de cadera |  |  | **M** | |  |  | Pulg.  1.25 | | | | |
| Ancho de axila y espalda |  |  |  | **J** |  |  | Pulg.  70  50 | | | | |
| Altura de espalda hasta la  cima de cabeza |  |  | **H** | |  |  | Pulg.  69 | | | | |
| Altura de espalda hasta  protuberancia occipital |  |  | **N** | |  |  | Pulg.  85 | | | | |
| Altura de espalda desde  cima de hombro |  |  |  | **F** |  |  | Pulg.  76 | | | | |
| Altura de espalda desde  axila o mitad escupula |  |  | **A** | |  |  | Pulg.  35 | | | | |
| Altura espalda bajo angulo  inferior escapula |  |  |  | **E** |  |  | Pulg.  25  36 | | | | |
| Largo del Muslo der |  |  |  | **B** |  |  | Pulg.  66 | | | | |
| Largo del Muslo izq |  |  |  | **B** |  |  | Pulg.  54 | | | | |
| Largo de pierna der. |  |  |  | **C** |  |  | Pulg.  13 | | | | |
| Largo de pierna izq |  |  |  | **C** |  |  | Pulg. | | | | |
| **CARACTERISTICAS GENERALES DE LA SILLA ACTUAL (Si aplica)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE SILLA** | | **CATEGORIA** | | | | | | **SISTEMA** | | | |  | | | | | | **COMPOSICION** | | | | | | **OBSERVACIONES** | | |
| Estandar |  |  | Pediatrica | | |  |  |  | Amputado | |  |  | Rigida | |  |  |  | Acero | |  |  |  |  | Lesion t7 | | |
| Neurologica |  |  | Adulto | |  |  |  |  | Hemiplegico | |  |  | Plegable | | |  |  | Aluminio | |  |  |  |
| Electrica |  | Bariatrico | | | | | | | | |  |  | Basculante | | |  |  | Carbono | |  |  |  |
| Activa |  | Titanio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Semi-deportiva |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deportiva |  |
| Coche |  |
| **CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA SILLA NUEVA (De acuerdo a la formula medica)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apoya PieS** | | **Apoya brazos** | | | | | | | | **Ruedas** | | | | | **Espaldar** | | | | | | **Asiento** | | | | | |
| **Elevables** |  |  | **Tipo escritorio** | | | |  |  |  | **Rayo** |  |  |  |  |  | **Rigido** | |  |  |  |  | **Tela** | |  |  |  |
| **Bipodal** |  |  | **Fijos** | |  |  |  |  |  | **Rayo cruzado** | |  |  |  |  | **Tension regulable** | | |  |  |  | **Rigido** | |  |  |
| **Unipodal** |  |  | **Tipo escritorio** | | | |  |  |  | **Tipo mag** |  |  |  |  |  | **Tela** |  |  |  |  |  | **Fijo** |  |  |  |
|  |  |  | **Regulables en altura** | | | | |  |  | **Spynergy** |  |  |  |  |  | **Manijas largas** | | |  |  |  | **Extraible** | | |  |
|  |  |  | **Desmontables** | | | |  |  |  | **Semi- neumaticas** | | |  |  |  | **Manijas cortas** | | |  |  |  | **Taco abductor** | | |  |
|  |  |  | **Abatible** | | |  |  |  |  | **Neumaticas** | |  |  |  |  | **Manijas Abatibles** | | |  |  |  | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Macizas** |  |  |  |  |  | **Manija unica** | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Aro de propulsion** | | |  |  |  | **Frenos para cuidador** | | | |  |
| **CARACTERISTICAS ESPECIFICAS DE LA SILLA (aditamentos de acuerdo a la formula medica)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COJIN** | | **SOPORTES LATERALES** | | | | | | | | **APOYA CABEZAS** | | | | | **CITURONES** | | | | | | **OBSERVACIONES** | | | | | |
| **Inflable neumatico** |  | **Ajustables en altura** | | | | |  |  |  | **Anatomico** |  |  |  |  | **Cinturon pelvico 2P** | | | |  |  | Lesion medular | | | | | |
| **Foam** |  | **Ajustables en profundidad** | | | | | |  |  | **Plano** |  |  |  |  | **Cinturon pelvico 4P** | | | |  |  |
| **Espuma y gel** |  | **Abatibles** | | |  |  |  |  |  | **Occipital** |  |  |  |  | **Cinturon pelvico seguridad** | | | | |  |
| **Aire y espuma** |  | **Fijos** | |  |  |  |  |  |  | **Pechera** | | | | | | | | | |  |
| **Base rigida** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Cinturon tipo calzon** | | | |  |  |
| **Alto perfil** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Patorrilleras** | | |  |  |  |
| **Bajo perfil** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Citurones de amarre** | | | |  |  |
| **Médico Fisiatra** | | | | | | | | | | **T.Ocupacional** | | | | | | | | | **Técnico** | | | | | | | |
| Nombre / Nº CM | | | | | | | | | | Nombre / Nº FVCFI | | | | | | | | | Nombre: | | | | | | | |