|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CENTRO INTEGRAL DE REHABILITACION COLOMBIA CIREC**  **CONFIGURACIÓN DE PROTESIS MIEMBRO INFERIOR**  **GESTIÓN DE OPERACIONES** | | | | | | | Código | | FO-18-9 |
| Versión | | 2 |
| Fecha de emisión | | 05/09/2019 |
| **Fecha de Atención:** DD/MM/AAAA | | | **Ciudad.** | | **Entidad Aliada:** | | | | | |
| **INFORMACION DEL PACIENTE** | | | | | **CARACTERISTICAS DEL MUÑON** | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | **Longitud** | **Forma:** | **Prominencia** | | **Hueso** | |
| **No. Identidad:** | | Edad: años | | **Peso kg** | Proximal | Cilíndrico | Anterior | | Prominente | |
| Sexo: M / F | | Color: Caucásico / Oscuro | | | Medio | Cónico | Lateral | | Descubierto | |
| **INFORMACIONDE LA AMPUTACIÓN** | | | | | Distal | Bulboso | Distal | | Acolchado | |
| **Causa de amputación:** | | | | | **Apariencia** | **Musculatura** | **T.Subcutáneo** | | **Corte óseo** | |
| **Fecha de amputación:** | | | | | Óseo | Fuerte | Leve | | Filoso: | |
| **Lado amputado:** Derecho /  Izquierdo /  Bilateral | | | | | Normal | Normal | Normal | | Limado | |
| **NIVEL DE AMPUTACION** | | | | | Edematoso | Flácido | Redundante | | Redondeado | |
| Hemipelvectomía | | Transtibial | | | **Cicatriz:** | **Piel** | **Deformidad** | | **Tolerancia presión** | |
| Desarticulación cadera | | Desarticulación tobillo | | | Invaginada | Callosidad | **Varo** | | Alta | |
| Transfemoral | | Parcial de pie. | | | Adherida | Forúnculos | **Valgo** | | Media | |
| Desarticulación rodilla: | | Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Queloides | Abrasiones | Flexión | | Nula | |
| **Longitud pie contralateral** | | **Tamaño de calzado** | | | **Dolor:** | Sudoración | **Sensaciones:** | | **Movilidad** | |
|  | |  | | | Leve | Cianótica | Fantasma | | Normal | |
| Moderado | Z. presión | Ardor | | Contractura | |
| Fuerte | Heridas | Pinzamiento | | Hiperextensión | |
| **Nivel de actividad:** | | | | |  | |  | | | |
|  | |  | | |
| **1. Describa prótesis que usa actualmente (incluya todos los componentes, tallas, marca y materiales):** | | | | |  | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **2. Sugiera componentes entre base de muñón y rodilla protésica y pie configurado.** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **3.Observaciones:** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

**NOMBRE Y FIRMA TECNICO \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

****