



INFORME CLÍNICO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE PAÑALES DE INCONTINENCIA

PARA SOLICITAR EL VISADO DE RECETAS DE ABSORBENTES, DEBERÁ OBRAR EN PODER DE ESTA INSPECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS UN INFORME MÉDICO ESPECIALISTA O DE ATENCIÓN PRIMARIA QUE DETERMINE LA NECESIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN

DATOS DEL PACIENTE

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____
Nombre: _____ Nº de afiliación a la S. Social _____
Domicilio (Calle, Plaza, Avda): _____ Número _____
Localidad _____ Provincia _____
Diagnóstico causante de la incontinencia (descripción de la patología): _____

INFORME SOBRE EL TIPO DE INCONTINENCIA PADECIDO POR EL PACIENTE (anótese lo que proceda):

Grado de incontinencia: GRAVE MEDIA DE ESFUERZO
Tipo de incontinencia: PERMANENTE SÓLO NOCTURNA OCASIONAL
¿Se encuentra el paciente encamado: TOTALMENTE PARCIALMENTE NO ES NECESARIO
¿Utiliza otro sistema de incontinencia? NO SÍ ¿Cuál? _____

TIPO DE ABSORBENTES:

- _____ De día (Capacidad de absorción 600-900 ml.)
- _____ De noche (Capacidad de absorción 900-1.200 ml.)
- _____ De supernoche (Capacidad de absorción más de 1.200 ml.)

DATOS DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Nombre y apellidos: _____ Número
de Colegiado: _____ Centro donde presta sus
servicios: _____ Localidad _____

En _____ a de _____ de _____

Fdo.: Dr./Dra. _____
Adjuntar sello médico oficial, o sello de Centro Sanitario

APROBACIÓN POR LA INSPECCIÓN

Se utiliza tratamiento con: _____
Hasta: _____
Con periodicidad: _____
Fecha: _____
EL INSPECTOR DE SERVICIOS SANITARIOS

DENEGACIÓN POR LA INSPECCIÓN

La Inspección de Servicios Sanitarios informa que no puede procederse al visado de la receta que se adjunta por:

FECHA _____
EL INSPECTOR DE SERVICIOS SANITARIOS