PLATAFORMA AFECTADOS DE ELA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

MODELO DE CUIDADOS CONTINUADOS

RESUMEN DEL ANÁLISIS: CONVALENCENCIA DE LA ELA.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

En colaboración con:

ela Andalucía Esclerosis Lateral Amiotrófica

adela EUSKAL HERRIA

ARAELA ASOCIACIÓN ARAGONESA DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Asociación Juntos Venceremos ELA

adEla ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ELA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

3.2 MOD. de CUIDADOS CONTINUADOS

ASUNTO:	**JUSTIFICACION de CONFORMIDAD o REPAROS**

ACREDITACION: a) Punto 15 Apartado 5:

FACULTATIVA CLÍNICA

UNIDAD DE ELA _____
CUIDADOS PALIATIVOS _____
GESTOR DE CASO _____
ESPECIALISTA _____
ATENCION PRIMARIA _____

SECTORIAL

UNIDAD C. CRITICOS _____
UNIDAD TERMINALES _____
ENTIDAD RESIDENCIAL _____
ENTIDAD S.A.D. _____
ASOCIACIÓN DE ELA _____
OTRA _____

ADMINISTRACIÓN PUBLICA

SERVICIOS SOCIALES _____
SERV. SANITARIOS _____
COORD. SOCIOSANITARIA _____

ACREDITACION DE CONFORMIDAD:

SI NO NO SÉ Desconozco el compromiso de dedicación y no puedo valorar
SI NO NO SÉ No domino la gestión domiciliaria, pero resulta plausible
SI NO NO SÉ Conozco el gran esfuerzo. No es mi misión dimensionarlo
SI NO NO SÉ Dentro de la enorme horquilla que se establece, parece correcto
SI NO NO SÉ Prefiero no opinar.

ACREDITACION y/o REPAROS

SI NO NO SÉ Por los siguientes motivos:

_____
_____
_____
_____

Fdo: D. _____

En ..... a ..... de 2022

3.3 MOD. de CUIDADOS EXPERTOS

ASUNTO:	**JUSTIFICACION de CONFORMIDAD o REPAROS**

ASUNTO: JUSTIFICACION DE CONFORMIDAD O REPAROS

ACREDITACION: a) Punto 17 Apartado 4

FACULTATIVA CLÍNICA

UNIDAD DE ELA _____
CUIDADOS PALIATIVOS _____
GESTOR DE CASO _____
ESPECIALISTA _____
ATENCION PRIMARIA _____

SECTORIAL

UNIDAD C. CRITICOS _____
UNIDAD TERMINALES _____
ENTIDAD RESIDENCIAL _____
ENTIDAD S.A.D. _____
ASOCIACIÓN DE ELA _____
OTRA _____

ADMINISTRACIÓN PUBLICA

SERVICIOS SOCIALES _____
SERV. SANITARIOS _____
COORD. SOCIOSANITARIA _____

ACREDITACION DE CONFORMIDAD:

SI NO NO SÉ Fisioterapia activa y/o pasiva semanal flácidos _____
SI NO NO SÉ Formación Fisioterapia activa y/o pasiva diaria espásticos. _____
SI NO NO SÉ Control Fisioterapia Respiratoria mensual _____
40 50 60 horas Curso Fisioterapia Respiratoria específica en ELA _____
SI NO NO SÉ Equipamientos ejercicios movilidad tipo Motomed, etc _____
SI NO NO SÉ No estoy capacitado o prefiero no opinar _____

ACREDITACION y/o REPAROS

SI NO NO SÉ Por los siguientes motivos:

_____
_____
_____
_____

Fdo: D. _____

En ..... a ..... de 2022

3.4 ALTERNATIVA PREVIA a SEDACIÓN

ASUNTO:	**JUSTIFICACION de CONFORMIDAD o REPAROS**

ACREDITACION: b) Punto 14 Apartado 3: Alternativas 1 a 3

FACULTATIVA CLÍNICA

UNIDAD DE ELA _____
CUIDADOS PALIATIVOS _____
GESTOR DE CASO _____
ESPECIALISTA _____
ATENCION PRIMARIA _____

SECTORIAL

UNIDAD C. CRITICOS _____
UNIDAD TERMINALES _____
ENTIDAD RESIDENCIAL _____
ENTIDAD S.A.D. _____
ASOCIACIÓN DE ELA _____
OTRA _____

ADMINISTRACIÓN PUBLICA

SERVICIOS SOCIALES _____
SERV. SANITARIOS _____
COORD. SOCIOSANITARIA _____

ACREDITACION DE CONFORMIDAD:

SI NO NO SÉ Orientación, resolución y prescriptora suficiente: Paliativos y Asociación _
SI NO NO SÉ *Sanidad* *Serv. Sociales* *Coordinación* Gestor más adecuado _ _____
SI NO NO SÉ DOS DIAS máximo Informe Prescripción Facultativo y Asociación _____
SI NO NO SÉ DOS DIAS máximo conformidad acreditación Servicios Sociales o Sanidad_____
SI NO NO SÉ CUADRO DIAS prestación servicio operador SAD, Entidad, Hospital, etc _____
SI NO NO SÉ No estoy capacitado. Prefiero no opinar.

ACREDITACION y/o REPAROS

SI NO NO SÉ Por los siguientes motivos:

Fdo: D. _____

En ..... a ..... de 2022