



INFORME CLÍNICO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE ABSORBENTES DE INCONTINENCIA (AIO)

(Debe estar completo para su tramitación)

☐ NUEVO
☐ RENOVACIÓN

1. PACIENTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

NÚMERO DE AFILIACIÓN A MUFACE:

FECHA NACIMIENTO:

POBLACION:

2. FACULTATIVO:

NOMBRE Y APELLIDOS:

NUMERO COLEGIADO:

ESPECIALIDAD:

3. DIAGNÓSTICO CAUSANTE DE INCONTINENCIA:

PATOLOGIA:

FECHA DE DIAGNOSTICO:

4. TIPO DE INCONTINENCIA:

- ☐ FECAL
☐ URINARIA
☐ URINARIA Y FECAL

5. GRADO DE INCONTINENCIA:

- ☐ TRANSITORIA (solo en casos descritos excepcionales, especificar)
☐ LEVE
☐ MODERADA
☐ GRAVE

¿Consume **diurético**? Sí NO. Especificar, cual:

¿Presenta algún grado de invalidez funcional? Sí NO. Especificar, cual:

6. N.º PAÑALES/24H. TIPO DE ABSORBENTES

..... DÍA (Capacidad de absorción:600-900ml)

..... NOCHE (Capacidad de absorción: 900-1,200 ml.)

..... SUPERNOCHE (Capacidad de absorción:>1,200 ml)

LUGAR, FECHA, SELLO Y FIRMA DEL FACULTATIVO

INFORME DEL ASESOR (indíquese lo que proceda)

- ☐ FAVORABLE
☐ DESFAVORABLE POR