

 <p><b>GENERALITAT VALENCIANA</b> Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	<p><b>Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris</b></p>	<p>DGFPS SRE</p>
<p><b>PROTOCOLO DE SOLICITUD DE SILLAS DE RUEDAS ELECTRICAS</b></p>		

**ÍNDICE**

1. ÁMBITO Y ALCANCE ..... 2

2. OBJETIVO ..... 4

3. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD ..... 4

4. INFORMES DE GESTIÓN..... 6

ANEXO I: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS ..... 7

ANEXO II: INFORME SOCIAL ..... 9

ANEXO III: COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN DE LA SRE ..... 11

ANEXO IV: LISTADO DE ORTOPEDIAS COLABORADORAS.....12

## 1. ÁMBITO Y ALCANCE

En virtud del *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*<sup>1</sup>. Así como la actualización de la *Orden SCB/45/2019, de 22 de enero, por la que se modifica el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se regula el procedimiento de inclusión, alteración y exclusión de la oferta de productos ortoprotésicos y se determinan los coeficientes de corrección*<sup>2</sup>, se establecen los criterios básicos para la aprobación de esta prestación para personas con limitaciones funcionales graves del aparato locomotor por enfermedad, malformación o accidente que cumplan todos y cada uno de los requisitos establecidos:

*Grupo: 12 23 Sillas de ruedas motorizadas*

Subgrupo: 12 23 06 Sillas de ruedas de propulsión eléctrica y dirección eléctrica para personas con limitaciones funcionales graves del aparato locomotor por enfermedad, malformación o accidente que cumplan todos y cada uno de los requisitos siguientes:

- a) Incapacidad permanente para la marcha independiente.
- b) Incapacidad funcional permanente para la propulsión de sillas de ruedas manuales con las extremidades superiores.
- c) Suficiente capacidad visual, mental y de control que les permita el manejo de sillas de ruedas eléctricas y ello no suponga un riesgo añadido para su integridad y la de otras personas.

Para la prescripción de las sillas de propulsión eléctrica se han de tener en cuenta los criterios que se recogen en el siguiente protocolo.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
SRE 000 Silla de ruedas eléctrica.	SRE 000A Silla de ruedas eléctrica estándar.	ADAP2	48	3.520,00	3.200,00
	SRE 000B Silla de ruedas eléctrica, infantil.	ADAP2	48	4.015,00	3.650,00
	SRE 000C Silla de ruedas eléctrica, para usuarios de más de 130 kg.	ADAP2	60	4.725,72	4.296,11
	SRE 000D Silla de ruedas eléctrica, con basculación manual.	ADAP2	60	4.125,00	3.750,00
	SRE 000E Silla de ruedas eléctrica, con basculación manual, infantil.	ADAP2	60	4.620,00	4.200,00
	SRE 000F Silla de ruedas eléctrica, con basculación electrónica.	ADAP2	60	4.455,00	4.050,00
	SRE 000G Silla de ruedas eléctrica, con basculación electrónica, infantil.	ADAP2	60	4.950,00	4.500,00

A aquellas personas que por su elevada obesidad no puedan utilizar sillas del Tipo SRE 000C, se les podrá prescribir una silla de ruedas a medida, con importe según presupuesto.

Cuando se quiera adaptar una silla de ruedas propia o de otro usuario distinto anterior para reutilización, se utilizará el código *SER 00A-900 Adaptación silla de ruedas reutilizada propia o de un usuario anterior distinto*.

Cuando se quiera prescribir un dispositivo que acoplado a una silla de ruedas manual transforma su tracción en eléctrica se utilizará el código *SER 000C-800 Dispositivos que acoplados a sillas de ruedas manuales transforman su tracción en eléctrica*.

<sup>1</sup> <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>

<sup>2</sup> <https://www.boe.es/boe/dias/2019/01/25/pdfs/BOE-A-2019-856.pdf>

Grupo: 12 24 Accesorios para sillas de ruedas para personas con patologías o discapacidades que les impidan la marcha funcional de forma permanente

Subgrupo: 12 24 15 Mesas o bandejas portátiles.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
SAB 000 Bandeja desmontable especial.	SAB 000A Bandeja desmontable especial.	COMP1	36	117,29	106,63

Subgrupo: 12 24 24. Baterías.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
SAT 000 Batería para silla de ruedas eléctrica.	SAT 000A Batería para silla de ruedas eléctrica (par) de menos de 50A.	COMP0	12	416,05	378,23
	SAT 000B Batería para silla de ruedas eléctrica (par) de 50 A.	COMP0	12	460,05	418,23
	SAT 000C Batería para silla de ruedas eléctrica (par) de 60 A.	COMP0	12	566,37	514,89
	SAT 000D Batería para silla de ruedas eléctrica (par) de 70 A	COMP0	12	668,23	607,49

Subgrupo: 12 24 89. Otros accesorios para sillas de ruedas.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
SRA 000 Apoyo postural para silla de ruedas, incluidos tacos y correas.	SRA 000A Apoyos laterales para la cabeza (par).	COMP2	24	156,06	141,87
	SRA 000B Apoyos laterales para el tronco fijos (par).	COMP1	24	127,05	115,50
	SRA 000C Apoyos laterales para el tronco abatibles (par).	COMP2	24	166,00	150,91
	SRA 000D Cuña niveladora de pelvis (unidad).	COMP1	24	59,33	53,94
	SRA 000E Taco abductor (unidad).	COMP1	24	70,93	64,48
	SRA 000F Cincha para la cabeza.	COMP1	24	63,87	58,06
	SRA 000G Chaleco de fijación.	COMP2	24	101,92	92,65
	SRA 000H Arnés de hombros.	COMP1	24	90,00	81,82
	SRA 000I Cinturón de 4 puntos.	COMP1	24	88,07	80,06
	SRA 000J Cinturón o arnés pélvico.	COMP1	24	125,09	113,72
	SRA 000K Cintas para pies (par).	COMP1	24	53,76	48,87
	SRA 000L Soporte de fluido (unidad).	COMP1	24	62,00	56,36
SRA 010 Reposacabezas.	SRA 010A Reposacabezas fijo.	COMP1	24	85,01	77,28
	SRA 010B Reposacabezas con apoyo occipital o total, fijo u orientable.	COMP1	24	187,14	170,13
	SRA 010C Reposacabezas con apoyo occipital o total, orientable con brazo de una articulación ajustable en altura y profundidad.	COMP3	24	495,00	450,00
	SRA 010D Reposacabezas con apoyo occipital o total, orientable con brazo acodado de dos articulaciones, ajustable en altura y profundidad.	COMP3	24	610,67	555,15
SRA 030 Otros accesorios.	SRA 030A Mando especial de mentón para silla de ruedas eléctrica.	COMP3	48	1.552,57	1.411,43
	SRA 030B Otro mando especial para silla de ruedas eléctrica, de acuerdo con los protocolos de los responsables de prestación ortoprotésica (especial prescripción).	COMP3	48	SP	SP
	SRA 030C Sistema doble amputado.	COMP0	36	65,85	59,86
	SRA 030D Dispositivo especial para respirador.	COMP0	36	162,00	147,27
	SRA 030E Dispositivo para bombona de oxígeno.	COMP0	36	83,78	76,16
	SRA 030F Subbordillos para silla de ruedas eléctrica.	COMP1	48	216,84	197,13
	SRA 030G Rueda antivuelco para silla de ruedas manual.	COMP1	36	49,62	45,11
	SRA 030H Alargador de freno.	COMP0	36	20,00	18,18
	SRA 030I Base rígida para silla de ruedas.	COMP0	36	51,49	46,81

Subgrupo: 12 24 90 Recambios y componentes para sillas de ruedas.

Categorías (Código homologado y descripción)	Tipos de productos (Código y descripción)	Elaboración	Vida media - Meses	IMF	IMF si
SRC 000 Reposabrazos especial.	SRC 000A Reposabrazos de cazoleta.	COMP1	36	108,63	98,75
	SRC 000B Reposabrazos envolvente con soporte palmar.	COMP1	36	151,75	137,95
	SRC 000C Reposabrazos regulable en altura.	COMP0	36	129,38	117,62
SRC 010 Reposapiés especial.	SRC 010A Reposapiés único.	COMP1	36	103,00	93,64
	SRC 010B Reposapiés con cazoleta (par).	COMP2	36	193,00	175,45
	SRC 010C Reposapiés con elevación manual para silla de ruedas manual o eléctrica (par).	COMP1	36	313,92	285,38
	SRC 010D Reposapiés con elevación eléctrica para silla de ruedas eléctricas (par).	COMP1	36	843,76	767,05
	SRC 020 Asiento-respaldo postural con carcasa, a medida.	SRC 020A Asiento-respaldo postural con carcasa, a medida previo molde.	MED	24	2.500,00
SRC 020 Asiento-respaldo postural con carcasa, a medida.	SRC 020B Asiento postural con carcasa, a medida previo molde.	MED	24	1.291,64	1.174,22
	SRC 020C Respaldo postural con carcasa, a medida previo molde.	MED	24	1.320,00	1.200,00
	SRC 030A Plataforma rígida ajustable para asiento postural modular.	COMP1	36	238,50	216,82
SRC 030 Asiento-respaldo postural modular.	SRC 030B Asiento postural modular.	COMP3	24	754,00	685,45
	SRC 030C Respaldo postural modular.	COMP3	24	847,00	770,00

## 2. OBJETIVO

Con el objetivo de garantizar la equidad en el acceso a este tipo de productos para todas las personas que lo precisen y con derecho reconocido por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública a la prestación ortoprotésica en la Comunitat Valenciana, se establece el protocolo para la solicitud de autorización y tramitación de las sillas de ruedas eléctricas en la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

## 3. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD

### 3.1. Inicio del procedimiento

El acceso a la prestación exoprotésica se realizará de forma ordinaria mediante prescripción de un médico de atención especializada hospitalaria, o de forma extraordinaria, por un médico inspector de servicios sanitarios<sup>3</sup>.

El especialista hospitalario debe cumplimentar el formulario de solicitud de autorización (Anexo I), atendiendo a los criterios de inclusión referidos en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización; y posterior Orden SCB/45/2019, de 22 de enero. También debe realizar en ese momento la prescripción, sin impresión ni entrega al paciente de dicha prescripción. El código de la prescripción (ID) se anotará en el formulario de solicitud en el campo indicado para ello.

<sup>3</sup> DECRETO 76/2010, de 30 de abril, del Consell, por el que se regula la prestación ortoprotésica en el marco de la sanidad pública, en el ámbito de la Comunitat Valenciana

[https://dogv.gva.es/portal/ficha\\_disposicion\\_pc.jsp?sig=004951/2010&L=1](https://dogv.gva.es/portal/ficha_disposicion_pc.jsp?sig=004951/2010&L=1)

Dicha prescripción no podrá ser utilizada por el paciente ni la ortopedia hasta que la solicitud sea estimada si así procede por la Subcomisión de Sillas de Ruedas Eléctricas (ScSRE).

El trabajador social responsable de la valoración emite el informe social (Anexo II) y remite exclusivamente ambos documentos (informe social y solicitud de autorización) por correo electrónico corporativo al correo [scsre\\_poit@gva.es](mailto:scsre_poit@gva.es).

Los servicios informáticos de cada Departamento de salud incorporaran estos documentos (Anexo I y Anexo II) en los sistemas de información propios con el fin de que los profesionales puedan compartirlos.

No se admitirán documentos externos ni remitidos por vías diferentes a las señaladas para garantizar la protección de datos de los documentos.

### **3.2. Valoración de los casos.**

Las solicitudes de autorización de los pacientes serán revisadas por la ScSRE en la siguiente reunión periódica posterior a la fecha de envío de la solicitud.

### **3.3. Comunicación de la valoración.**

Una vez terminado el proceso de valoración de la solicitud, si la concesión de la SRE es favorable o desfavorable, se transmitirá por correo electrónico corporativo al facultativo solicitante y al trabajador social las conclusiones. Desde la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios se le trasladará al paciente la decisión acordada por la ScSRE.

En los casos de concesión de la SRE y una vez le haya sido comunicado al paciente, el paciente acudirá a la ortopedia indicando la ID de referencia. La ortopedia solicitará autorización adjuntando presupuesto e indicando el código específico del producto y sus adaptaciones si proceden a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios a través del correo [scsre\\_poit@gva.es](mailto:scsre_poit@gva.es) para que se valore su autorización.

En el momento de recogida de la SRE el paciente firmará en la ortopedia el compromiso de devolución (Anexo III). Este documento será archivado en la ortopedia.

### **3.4. Renovación de sillas de ruedas eléctricas o sus componentes**

Tanto el prescriptor como el trabajador social, emiten nuevo informe, valorando los plazos de vida media de los mismos. Para ello es necesario reflejar la fecha de la prescripción previa.

Las renovaciones se trasladarán de igual forma que una solicitud de inicio a la ScSRE.

La comunicación de la valoración seguirá el circuito descrito en el apartado 3.3.

La entrega de una nueva silla de ruedas eléctrica implica la entrega de la actual para su evaluación e informe (bien a reciclaje o bien a reutilización a través del programa *Xarxa VALort*).

### **3.5. Devolución de las sillas de ruedas eléctricas**

Cuando la silla de ruedas no vaya a seguir siendo utilizada, la devolución se realizará en alguna de las ortopedias colaboradoras tal y como se comprometió el paciente en el momento de la recogida de la silla concedida.

Se actualizará periódicamente el listado de ortopedias que han manifestado su acogimiento a la adaptación de sillas de ruedas eléctricas y disponen de silla de recambio o cortesía.

## **4. INFORMES DE GESTIÓN**

Con carácter anual, se emitirá por parte de la Dirección General un informe de gestión y resultados para su presentación antes los vocales de la ScSRE y a los gerentes de los departamentos de salud.



**ANEXO I: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS**

 <b>GENERALITAT VALENCIANA</b> <small>Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</small>	<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRESCRIPCIÓN SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA (SRE)</b> <b>SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ DE PRESCRIPCIÓ CADIRA DE RODES ELÈCTRICA (CRE)</b>
--	--

DATOS DEL PACIENTE/DADES DEL PACIENT			
Apellidos/Cognoms		Nombre/Nom	
SIP	Fecha de nacimiento/Data de naixement	Teléfono/Telèfon	Correo electrónico/Correu electrònic
DIAGNÓSTICO CLÍNICO/DIAGNÒSTIC CLÍNIC			
Diagnóstico asociado a la solicitud/Diagnòstic associat a la sol·licitud			
<input type="checkbox"/> Enfermedad común/Malaltia comuna <input type="checkbox"/> Accidente laboral/Accident laboral <input type="checkbox"/> Otros/Altres			
Otros diagnósticos relevantes/Altres diagnòstics rellevants			
INCAPACIDAD PERMANENTE PARA LA MARCHA INDEPENDIENTE: (Evaluación de deambulación-Índice de Barthel)/ INCAPACITAT PERMANENT PER A LA MARXA INDEPENDENT: (Avaluació de deambulació-Índex de Barthel)			
<input type="checkbox"/> Independiente. Camina 50 m sin ayuda/Independent. Camina 50 m sense ajuda <input type="checkbox"/> Necesita ayuda o supervisión para caminar 50 m/Necessita ajuda o supervisió per a caminar 50 m <input type="checkbox"/> Independiente en silla de ruedas sin ninguna ayuda o con ayuda ocasional (para largas distancias)/ Independent en cadira de rodes sense cap ajuda o amb ajuda ocasional (per a llargues distàncies) <input type="checkbox"/> Dependiente/Dependent			
INCAPACIDAD FUNCIONAL PERMANENTE PARA LA PROPULSIÓN DE SILLAS DE RUEDAS MANUALES CON LAS EXTREMIDADES SUPERIORES/INCAPACITAT FUNCIONAL PERMANENT PER A LA PROPULSIÓ DE CADIRES DE RODES MANUALES AMB LES EXTREMITATS SUPERIORS			
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
CAPACIDAD FUNCIONAL DE CONTROL PARA LA PROPULSIÓN DE SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA/ CAPACITAT FUNCIONAL DE CONTROL PER A LA PROPULSIÓ DE CADIRA DE RODES ELÈCTRICA			
1.- FUERZA / BALANCE MUSCULAR MMSS/MMII/FORÇA / BALANÇ MUSCULAR MMSS/MMII			
Derecho/Dret  Miembro superior/ Membre superior  Izquierdo/Esquerre	Proximal/Proximal <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> <3  Distal/Distal <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> <3  Proximal/Proximal <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> <3  Distal/Distal <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> <3	Miembro inferior/ Membre inferior	Proximal/Proximal <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> <3  Distal/Distal <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> <3  Proximal/Proximal <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> <3  Distal/Distal <input type="checkbox"/> >3 <input type="checkbox"/> <3
2.- MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS MMSS/MOVIMENTS INVOLUNTARIS MMSS			

 <b>GENERALITAT VALENCIANA</b> Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública	<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRESCRIPCIÓN SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA (SRE)</b> <b>SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ DE PRESCRIPCIÓ CADIRA DE RODES ELÈCTRICA (CRE)</b>
---	--

3.- BALANCE ARTICULAR MMSS (Restricción con interés funcional)/ BALANÇ ARTICULAR MMSS (Restricció amb interès funcional)

4.- CAPACIDAD PARA EL MANEJO DEL MANDO DE LA SRE/ CAPACITAT PER AL MANEIG DEL COMANDAMENT DE LA CRE

Mano/Mà  Cabeza/Cap  Mentón/Mentó  Otros/Altres

**EVALUACIÓN DE OTRAS CAPACIDADES/AVALUACIÓ D'ALTRES CAPACITATS**

El paciente se encuentra capacitado a nivel cognitivo para manejar SRE/El pacient es troba capacitat a nivell cognitiu per a manejar SRE

El paciente se encuentra capacitado a nivel físico, visual y auditivo para manejar SRE/  
El pacient es troba capacitat a nivell físic, visual i auditiu per a manejar CRE

**ACTIVIDADES QUE MANTENDRÍA COMO USUARIO DE UNA SRE/ACTIVITATS QUE MANTINDRIA COM A USUARI D'UNA CRE**

Académica/Acadèmica  
 Laboral/Laboral  
 Social/Social  
 Otras (especificar)/Unes altres (especificar)

**OTRAS PATOLOGÍAS DE INTERÉS/ALTRES PATOLGIES D'INTERÉS**

Epilepsia/ Epilèpsia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Amputación/Amputació MMSS	Insuficiencia cardiaca/Insuficiència cardíaca
ACV	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Derecho/Dret <input type="checkbox"/> Izquierdo/Esquerre	<input type="checkbox"/> Clase I/ Classe I NYHA
EPOC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Amputación/Amputació MMII	<input type="checkbox"/> Clase II/Classe II NYHA
IRC	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Derecho/Dret <input type="checkbox"/> Izquierdo/Esquerre	<input type="checkbox"/> Clase IV/Classe IV NYHA
Diabetes/Diabetis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Peso/Pes	IMC

**CÓDIGO HOMOLOGADO Y DESCRIPCIÓN SRE SOLICITADA Y/O ACCESORIOS/CODI HOMOLOGAT I DESCRIPCIÓ CRE SOL·LICITADA I/O ACCESSORIS**

EN CASO DE RENOVACIÓN INDICAR FECHA DE LA ÚLTIMA PRESCRIPCIÓN/  
EN CAS DE RENOVACIÓ INDICAR DATA D'ÚLTIMA PRESCRIPCIÓ:


ID prescripción/prescripció

**DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE/DADES DEL METGE SOL·LICITANT**


Centro hospitalario/Centre hospitalari	Servicio-Unidad asistencial/Servei-Unitat assistencial
Apellidos/Cognoms	Nombre/Nom
Telefono/Telèfon	Correo corporativo/Correu corporatiu
Fecha/Data	Firma/Signatura:



## ANEXO II: INFORME SOCIAL

 <p><b>GENERALITAT VALENCIANA</b> Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</p>	<p><b>INFORME SOCIAL PARA LA PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS</b> <b>INFORME SOCIAL PER A LA PRESCRIPCIÓ DE CADIRES DE RODES ELÈCTRIQUES</b></p>
---	---

I DATOS DEL PACIENTE/DADES DEL PACIENT			
Apellidos/Cognoms		Nombre/Nom	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
SIP	Fecha de nacimiento/Data de naixement	Teléfono/Telèfon	Correo electrónico/Correu electrònic
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
II SITUACIÓN LABORAL/SITUACIÓ LABORAL			
Profesión habitual/Professió habitual <input type="text"/>			
Ocupación actual/Ocupació actual <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Incapacidad permanente/Incapacitat permanent <input type="checkbox"/> Absoluta <input type="checkbox"/> Gran invalidez/Gran invalidesa			
<input type="checkbox"/> Reconocimiento de discapacidad/Reconeixement de discapacitat    % <input type="text"/>			
III SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR/SITUACIÓ SOCI FAMILIAR			
<input type="checkbox"/> Vive sólo/Viu sol <input type="checkbox"/> En institución/En institució <input type="checkbox"/> Vive en familia/Viu en família			
Apoyo que recibe para los desplazamientos/Suport que rep per als desplaçaments			
<input type="checkbox"/> Suficiente/Suficient <input type="checkbox"/> Insuficiente/Insuficient <input type="checkbox"/> No recibe apoyo/No rep suport			
IV ENTORNO AMBIENTAL/ENTORN AMBIENTAL			
<b>A) Vivienda/Habitatge</b>			
Superficie/Superfície <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Piso/Pis <input type="checkbox"/> Unifamiliar			

 <b>GENERALITAT VALENCIANA</b> <small>Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública</small>	<b>INFORME SOCIAL PARA LA PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS</b> <b>INFORME SOCIAL PER A LA PRESCRIPCIÓ DE CADIRES DE RODES ELÈCTRIQUES</b>
--	---

<b>Accesibilidad interior/Accessibilitat interior</b>	
<input type="checkbox"/> Puertas adaptadas/Portes adaptades	<input type="checkbox"/> Planta baja/Planta baixa <input type="checkbox"/> Baño adaptado/Bany adaptat
<input type="checkbox"/> Escalera/Escala <input type="checkbox"/> Montacargas/Muntacàrregues	Observaciones/Observacions <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>
<b>Accesibilidad exterior/Accessibilitat exterior</b>	
<input type="checkbox"/> Ascensor <input type="checkbox"/> Escaleras/Escals <input type="checkbox"/> Rampa	Observaciones/Observacions <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>
<input type="checkbox"/> Viv. diseminada/Hab. disseminat <input type="checkbox"/> Viv. en núcleo urbano/Hab. en nucli urbà	<input type="checkbox"/> Calles con pendiente/Carrers amb pendent
<b>Condiciones higiénicas y estado de conservación/Condicions higièniques i estat de conservació</b>	
<b>B) Vecindad y comunicaciones/Veïnatge i comunicacions</b>	
<b>LA VIVIENDA CUMPLE CRITERIOS DE ACCESIBILIDAD/L'HABITATGE COMPLEXI CRITERIS D'ACCESSIBILITAT</b>	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
<b>V ACTIVIDADES SOCIALES / ACTIVITATS SOCIALS</b>	
<b>VI DATOS DEL TRABAJADOR SOCIAL/DADES DEL TREBALLADOR SOCIAL</b>	
Centro hospitalario/Centre hospitalari <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>	Servicio-Unitad asistencial/Servei-Unitat assistencial <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>
Apellidos/Cognoms <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>	Nombre/Nom <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>
Telefono/Telèfon <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 20px;"></span>	Correo corporativo / Correu corporatiu <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>
Fecha/Data <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span>	Firma/Signatura: <span style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 50px; vertical-align: middle;"></span>

### ANEXO III: COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN DE LA SRE



Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris

### COMPROMISO DE DEVOLUCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS ELECTRICAS

D/D<sup>a</sup> .....

DOMICILIO .....

SIP ..... D.N.I.....

LOCALIDAD .....

ORTOPEDIA SUMINISTRADORA .....

Declara haber recibido de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, con fecha ..... una silla de ruedas eléctrica, marca..... modelo....., comprometiéndose mediante el presente escrito, a utilizarla y mantenerla en buen estado, así como a devolverla al citado organismo, una vez deje de precisarla, para la posible reutilización de la misma.

En este caso, siguiendo los criterios que dicta la Ley General de la Seguridad Social, dicha situación deberá ser comunicada a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, c/ Micer Mascó, 31, 46010 VALENCIA, debiendo ser devuelta la silla al establecimiento de ortopedia que se la suministró para higienizarla y darla de alta en el programa de reutilización de sillas de ruedas eléctricas. En caso de renovaciones de sillas, la antigua será devuelta en la ortopedia que le adapte la nueva, donde se procederá a valorar su posible reutilización.

El interesado/Representante legal

|

Fecha:

#### **ANEXO IV: LISTADO DE ORTOPEDIAS COLABORADORAS**

Se mandará actualizado periódicamente.