**MEMORIA DESCRIPTIVA PARA LA AUTORIZACIÓN DEL REGISTRO DE RECURSOS SANITARIOS (RES) DE ORTOPEDIA.**

**TIPO DE CENTRO:**

Oficina de farmacia y ortopedia Ldo/Lda………………….......................................

Dirección postal:

 Establecimiento sanitario donde, bajo la dirección técnica de D/Dª……………………….. con la titulación oficial…………………………, se lleva a cabo la dispensación, con adaptación individualizada al paciente, de productos sanitarios de ortopedia considerados como prótesis u ortesis, así como ayudas técnicas destinadas a paliar la pérdida de autonomía o funcionalidad o capacidad física de las personas usuarias.

**OFERTA ASISTENCIAL:**

 En esta ortopedia la cartera de servicios será la dispensación y adaptación individualizada al paciente, actuación que implica llevar a cabo modificaciones de diferente grado de complejidad en un producto ortoprotésico para adecuarlo a indicaciones concretas del prescriptor o a las características específicas de la persona usuaria a la que va destinado *(elegir del siguiente listado aquellas que vaya a prestar la farmacia)*:

|  |  |
| --- | --- |
|  | prótesis mamarias |
|  | medias elásticas |
|  | ortesis miembro superior |
|  | ortesis columna vertebral |
|  | dorsal y lumbar |
|  | ortesis cervicales |
|  | prótesis de extremidad superior |
|  | prótesis de miembros inferiores |
|  | plantillas ortopédicas a medida o individualizadas |
|  | calzado ortopédico |
|  | ortesis de silicona |
|  | dispensación de ayudas dinámicas o estáticas. |

 Para prestar este servicio se dispone de:

1. **Zona de recepción y atención al usuario:**

 Espacio destinado a la recepción y espera de los usuarios, recogida de prescripciones y realización de las dispensaciones finales.

1. **Área de aseos adaptada a discapacitados**, según los requisitos exigidos en la Guía de accesibilidad.
2. **Gabinete de toma de medidas, pruebas y adaptaciones:**

 Espacio destinado a la comunicación individualizada con el paciente, evaluaciones y mediciones antropométricas del mismo así como del producto, análisis y estudio del cumplimiento de los requerimientos biomecánicos y adaptación de las grandes prótesis y órtesis, sillas de ruedas adaptadas y otras ayudas técnicas. Se utilizará para el adiestramiento de la persona usuaria en el uso y colocación del producto así como la realización de pruebas de marcha y revisiones periódicas a las que se encuentren sometidos los productos dispensados.

 El equipamiento de esta zona consta de lo siguiente:

* Camilla.
* Espejo de cuerpo entero.
* Herramientas y útiles para toma de medidas.
* Podoscopio y pedígrafo.
* Paralelas regulables en altura para pruebas de marcha *(en el caso de trabajar con prótesis de miembros inferiores).*
1. **Taller de adaptación:**

 Espacio destinado a adaptaciones complejas situado en lugar diferente del resto del establecimiento.

 Dispone de un banco trabajo con las siguientes herramientas:

* Taladro.
* Pistola aire caliente.
* Sierra de calar.
* Grifas y fresadora.
* Otros herramientas necesarias para los trabajos a realizar *(indicar en caso de que las haya)*.
1. **Almacén** de productos, y un **archivo** para la custodia de la distinta documentación.

**HORARIO DE ATENCIÓN AL PÚBLICO:**

Horario de atención al público del servicio de ortopedia será el siguiente:

 Días de la semana: de…………. a ………………..

* Mañanas: de ……………….. a ……….............
* Tardes: de……………….….. a ……….............

**PLANTILLA DE PERSONAL:**

**Director técnico**:…………………………………………, con DNI………………….

**Ayudantes**:

D/Dª………………………………………………………., con DIN……………………

D/Dª………………………………………………………., con DIN……………………

 Este establecimiento dispone, además, de normas y protocolos de riesgos laborales y de un sistema de tratamiento de incidencias y reclamaciones.

En …………………………………., a………………………..de 2021

Fdo: D/Dª………………………………………………….

Titular de la Oficina de farmacia……………………….