



HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados (Servicio 313)

Apellidos y nombre:

Nº H^a:

Motivo de inclusión en el servicio:

Cuidador/es del paciente:

| SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR | | | |
|--|---------------------|---|-----------|
| ¿Con quién vive? ¿Tiene problemas económicos? ¿Tiene suficiente ayuda? | | ¿Puede contar con apoyo de vecinos? Barreras arquitectónicas: Higiene y habitabilidad de la vivienda: | |
| PROBLEMAS DE SALUD | | Estado nutrición: * Higiene: Control esfínteres: * Visión/Audición: Estado piel y mucosas: (riesgo de ulceración) Estado de conciencia: Pres/Ausencia síntomas físicos (dolor, estreñimiento, anorexia, etc): | |
| TRATAMIENTOS FARMACÓLOGICOS | | * Pres/Ausencia Síntomas psíquicos (ansiedad, depresión, etc): | |
| VALORACIÓN FUNCIONAL (especificar índice): | | | |
| PLAN DE CUIDADOS | | CONSEJO SOBRE CUIDADOS | |
| Med. Higiénico-dietéticas: | Tto. farmacológico: | Paciente: | Cuidador: |

Fecha próxima visita (dd/mm/aaaa):

*(No incluido en NTM, recomendable)



| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| * <i>Fecha</i> (dd/mm/aaaa) | | | | |
| EVOLUCIÓN ESTADO GENERAL | | | | |
| Síntomas físicos | | | | |
| Síntomas psíquicos | | | | |
| REVISIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS | | | | |
| Medidas hig-dietéticas | | | | |
| Tiº farmacológico | | | | |
| CONSEJOS SOBRE PLAN DE CUIDADOS (paciente y/o cuidador) | | | | |
| <i>Fecha próxima visita</i> (dd/mm/aaaa) | | | | |

(* se realizará como mínimo una visita trimestral)