



## HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

### ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES (SERVICIO 314)

**Apellidos y nombre:**

**Fecha inclusión en servicio:**

**Nº Hª :**

Cuidador/es del paciente:	Situación socio/familiar:		
Dco/enfermedad motivo inclusión:	Otros dcos de problemas de salud relevantes:		
Dolor: Estreñimiento: Insomnio: Anorexia: Control de esfínteres:	Estado de piel/mucosas: Deambulación/encamamiento: Estado de conciencia: Ansiedad/depresión:		
Grado Información sobre enfermedad	Paciente:		
	Familia:		
Actitud sobre enfermedad	Paciente:		
	Familia:		
<b>PLAN DE CUIDADOS</b>		<b>CONSEJO/INFORMACIÓN</b>	
Medidas higiénico-dietéticas	Tto. farmacológico	Paciente	Familia



* Fecha				
<b>EVOLUCIÓN</b>				
Síntomas físicos				
Síntomas psíquicos				
<b>REVISION DEL PLAN DE CUIDADOS</b>				
Med Higiénico-dietéticas				
Tto farmacológico				
Consejo (paciente y/o familia)				

(\* Se realizará como mínimo una visita semanal)