



HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Prevención y detección de problemas del anciano (Servicio 316)

Apellidos y nombre:

Nº Hª

VALORACION SOCIAL			
¿Con quien vive?:	¿cambia de domicilio?:	¿Sus contactos con familiares, amigos y vecinos son suficientes y satisfactorios?	
¿Ha enviudado recientemente?:		¿Tiene dificultad en sus cuidados personales?:	¿y en los de su casa?:
¿Le permiten sus ingresos vivir dignamente?:		¿Tiene dificultades para su movilidad en su domicilio?:	¿y para salir?:
¿En que utiliza el tº de ocio/ tº libre?:		¿son adecuadas las condiciones de higiene y habitabilidad de la vivienda?:	
CUIDADOR (actitud, aptitud, sobrecarga, problemas para la continuidad de cuidados.....)?			
VALORACION MENTAL			
VALORACION FUNCION COGNITIVA: ESCALA DE PFEIFFER			
1. ¿Cuál es la fecha de hoy?	6. ¿cuál es su fecha de nacimiento?	TOTAL DE ERRORES:	
2. ¿que día de la semana es hoy?	7. ¿Quién es el Presidente del Gobierno actual?	0 –2: Funcionamiento normal	
3. ¿Cuál es el nombre de este sitio?	8. ¿Quién fue el Presidente anterior?	3 –7. Sospecha de deterioro	
4. ¿cuál es su nº de teléfono? (si no tiene) ¿cuál es su dirección?	9. ¿Cuál es el nombre y apellidos de su madre?	8–10: Déficit intelectual severo	
5. ¿cuántos años tiene?	10. Reste de 3 en 3 desde 20		
(el nivel de estudios primarios se permite un error más. El nivel de estudios superiores un error menos)			
Gº CONCIENCIA: CONSCIENTE <input type="checkbox"/> OBNUBILADO <input type="checkbox"/> ESTUPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> DEPRESION <input type="checkbox"/> ANSIEDAD <input type="checkbox"/> ALT CONDUCTA <input type="checkbox"/> DEMENCIA <input type="checkbox"/> SD CONFUSIONAL <input type="checkbox"/>			
VALORACION CLINICA			
CANAL AUDITIVO (Tapón de cerumen):	<input type="checkbox"/> INESTABILIDAD <input type="checkbox"/> MAREOS <input type="checkbox"/> INSOMNIO <input type="checkbox"/> ALT. DE PIES <input type="checkbox"/> REUMATISMOS	<input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS <input type="checkbox"/> ALT. VAS. PERIFERICA <input type="checkbox"/> A.C.V. RESIDUAL <input type="checkbox"/> PARKINSON <input type="checkbox"/> DISFAGIA	<input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO <input type="checkbox"/> MALNUTRICIÓN <input type="checkbox"/> DESHIDRATACION <input type="checkbox"/> HIPOTERMIA <input type="checkbox"/> INMOVILISMO
AG. AUDITIVA (test susurro):			
CAIDAS (posibles causas):			
BUCODENTAL(problemas masticación):			
INCONT URINARIA <input type="checkbox"/> TIPO:	PAÑALES <input type="checkbox"/>	SONDA <input type="checkbox"/>	INCONTINENCIA FECAL <input type="checkbox"/>
ULCERA <input type="checkbox"/> TIPO:	LOCALIZACION:	OSTOMIAS <input type="checkbox"/>	
DOLOR <input type="checkbox"/> INTENSIDAD:	LOCALIZACIÓN:	CAUSA:	
INGRESOS HOSPITALARIOS <input type="checkbox"/> Nº :	CAUSAS:		



VALORACION FUNCIONAL ACTIVIDADES BASICAS VIDA DIARIA (INDICE DE KATZ):			
VALORACION ANCIANO DE RIESGO (criterios)			
<input type="checkbox"/> Pluripatología con tendencia a la incapacidad <input type="checkbox"/> Polifarmacia (más de 4 medicamentos) <input type="checkbox"/> Incapacidad funcional y dificultad para la deambulaci3n, sobre todo si es reciente <input type="checkbox"/> Patolog3a mental (1 o m3s criterios sugiere situaci3n de riesgo)		<input type="checkbox"/> vive solo <input type="checkbox"/> Viudedad reciente (3ltimo a3os). <input type="checkbox"/> Pobre apoyo familiar <input type="checkbox"/> Problem3tica en el principal cuidados <input type="checkbox"/> cambio de domicilio en el 3ltimo a3o	
ANAMNESIS TTº FARMACOLOGICO:			
Fecha:	FARMACOS:	DOSIS:	Tº DE CONSUMO
TRATAMIENTO ACTUAL			
CONSEJO / INFORMACION:			
<input type="checkbox"/> ALIMENTACION: <input type="checkbox"/> USO APROPIADO DE MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/> HIGIENE PERSONAL:		<input type="checkbox"/> EJERCICIO FISICO (activo o pasivo): <input type="checkbox"/> PREVENCION DE ACCIDENTES DOMESTICOS:	
PLAN GENERAL DE CUIDADOS			

Fecha

(Registro cada 2 a3os)



SERVICIO DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS DEL ANCIANO (HOJA DE EVOLUCIÓN)

PROBLEMAS ACTIVOS	CAUSAS, DESCRIPCIÓN, EVOLUCIÓN	PLAN DE CUIDADOS
Fecha:		
Próxima visita:		
Fecha:		
Próxima visita:		
Fecha:		
Próxima visita:		
Fecha:		
Próxima visita:		