



Informe de Salut del Programa d'Atenció Domiciliària

Aspectes de Salut

Cognoms _____ Nom _____

1. Diagnòstics de malalties

1.A. Circulació <input type="checkbox"/> Insuficiència cardíaca <input type="checkbox"/> Cardiopatia isquèmica <input type="checkbox"/> Alteracions del ritme cardíac <input type="checkbox"/> Hipertensió arterial <input type="checkbox"/> Multiinfart cerebral <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> TIA <input type="checkbox"/> Arteriopaties perifèriques <input type="checkbox"/> Trastorns venosos perifèrics	1.D. Osteoarticular i conjuntiu <input type="checkbox"/> Osteoporosi <input type="checkbox"/> Artrosi <input type="checkbox"/> Espondilosi i trastorns afins 1.E. Psiquiàtric / estat d'ànim <input type="checkbox"/> Depressió <input type="checkbox"/> Esquizofrènia <input type="checkbox"/> Psicosi maniacodepressiva <input type="checkbox"/> Trastorns neuròtics 1.F. Altres <input type="checkbox"/> Diabetis <input type="checkbox"/> Hepatitis vírica <input type="checkbox"/> Altra malaltia hepatovesicular <input type="checkbox"/> Hipertiroïdisme <input type="checkbox"/> Hipotiroïdisme <input type="checkbox"/> Dislipèmia <input type="checkbox"/> Anèmia <input type="checkbox"/> Insuficiència renal crònica <input type="checkbox"/> Hiperplàsia de pròstata <input type="checkbox"/> Hèrnia de hiatus	<input type="checkbox"/> Úlcera gàstrica <input type="checkbox"/> Cataractes <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Enolisme crònic <input type="checkbox"/> Infecció per VIH 1.G. Cap de les anteriors (indiqueu els diagnòstics en majúscules) <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____
---	---	--

2. Estabilitat de l'estat de salut

2.A. L'estat de salut de la persona gran és estable en relació amb totes les malalties i intervencions enumerades o no té cap malaltia.

2.B. L'estat de salut de la persona gran, malgrat complir correctament les prescripcions terapèutiques, no està estabilitzat en relació amb els signes i els símptomes de totes les malalties o intervencions enumerades (no s'ha de tenir en compte l'evolució natural de les malalties progressives.) Indiqueu quines no estan estabilitzades _____

3. Intervencions terapèutiques

3.A. Medicació

3.B. Necessita una dieta específica. Quina:

3.C. Necessitats de cures

- Úlceres per pressió
- Úlceres vasculars
- Ferides quirúrgiques
- Cremades
- Altres lesions de la pell. Indiqueu quines: _____
- Administració medicamentosa parenteral. Indiqueu quina: _____
- Altres necessitats de cures. Indiqueu quines: _____

4. Problemes de salut

<input type="checkbox"/> Caigudes repetides (en els últims 30 dies)	<input type="checkbox"/> Dolor osteoarticular crònic
<input type="checkbox"/> Pèrdua de pes superior al 10% en els últims 6 mesos	<input type="checkbox"/> Altres àlgies. Especifiqueu quines: _____
<input type="checkbox"/> Obesitat	<input type="checkbox"/> Dèficit visual
<input type="checkbox"/> Al·lèrgia: _____	<input type="checkbox"/> Dèficit auditiu
<input type="checkbox"/> Dispnea en repòs	<input type="checkbox"/> Hemiparèsia / hemiplègia
<input type="checkbox"/> Vertigen	<input type="checkbox"/> Incontinència urinària
<input type="checkbox"/> Agitació psicomotora	<input type="checkbox"/> Incontinència anal
<input type="checkbox"/> Alteració del ritme del son	<input type="checkbox"/> Altres problemes. Especifiqueu quines:
<input type="checkbox"/> Dolor agut (en els últims 30 dies)	_____



Aspectes d'autonomia personal

1. **Activitats bàsiques de la vida diària (AVD).** Indiqueu una casella a cadascuna de les activitats

Alimentar-se	Punts <input type="text"/>	Vestir-se	Punts <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> és autònom/a	0	<input type="checkbox"/> és autònom/a	0
<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5	<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5
<input type="checkbox"/> li cal ajuda	10	<input type="checkbox"/> li cal ajuda	10
<input type="checkbox"/> li han de donar	20	<input type="checkbox"/> li han de vestir	20
Fer-se la toaleta	Punts <input type="text"/>	Fer transferències	Punts <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> és autònom/a	0	<input type="checkbox"/> és autònom/a	0
<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5	<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5
<input type="checkbox"/> li cal ajuda	10	<input type="checkbox"/> li cal ajuda	10
<input type="checkbox"/> li han de fer	20	<input type="checkbox"/> li han de fer	20
Deambular	Punts <input type="text"/>	Control d'eliminació	Punts <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> és autònom/a	0	<input type="checkbox"/> és autònom/a	0
<input type="checkbox"/> li cal vigilància	5	<input type="checkbox"/> li cal vigilància	0
<input type="checkbox"/> li cal ajuda	5	<input type="checkbox"/> li cal ajuda	5
<input type="checkbox"/> li han de fer	10	<input type="checkbox"/> incontinència total	10

Puntuació total:	punts
-------------------------	--------------

2. Avaluació cognitiva

Marqueu amb 1 la resposta acceptable i amb 0 la no acceptable:

- 0 1 Quina data es avui?
- 0 1 Quin dia de la setmana?
- 0 1 En què lloc us trobeu?
- 0 1 Digueu-me el número de telèfon (o l'adreça, si no en teniu).
- 0 1 Digueu-me l'edat.
- 0 1 Quina és la vostra data de naixement?
- 0 1 Digueu el nom del president del Govern actual
- 0 1 Quin és el nom del president anterior?
- 0 1 Digueu els dos cognoms de la vostra mare.
- 0 1 Resteu 3 de 20 i continueu restant 3 de cada número resultant fins acabar.

Puntuació total:	punts
-------------------------	--------------

3. Atencions especials

- És portador/a de sonda vesical.
- És portador/a de col·lector extern d'orina.
- És portador/a de sonda nasogàstrica.
- És portador/a de col·lector per ostomia. Quina: _____
- Utilitza bolquers.
- Té tractament amb oxigen.
- No és autònom/a per pujar i baixar escales.
- Usa la cadira de rodes de forma autònoma.
- Necessita sempre la cadira de rodes.
- És portador/a de pròtesis externa d'extremitats superiors.
- És portador/a de pròtesis externa d'extremitats inferiors.
- És portador/a de pròtesis dental.
- És portador/a de pròtesis ocular.
- És portador/a de pròtesis interna. Quines: _____
- És portador/a d'ortesis. Quines: _____

Informació complementària sobre l'estat de salut.

Poseu tota aquella informació referent a l'estat de salut que cregueu que sigui d'interès i no hagi estat objecte d'atenció en aquest qüestionari.

Identificació dels professionals de salut

Informe emès pel metge/essa _____
Col·legiat núm. _____ d _____

Informe emès pel fisioterapeuta o infermer/a _____
Col·legiat núm. _____ d _____

Que presten els seus serveis a:
Dependència / servei _____ Telèfon _____

Signatura
Metge/essa

Signatura
Infermer/a-Fisioterapeuta

Cornellà, ____ d _____ de _____