

**DATOS DEL SOLICITANTE**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO
ZONA BÁSICA DE SALUD		UNIDAD BÁSICA DE ACCIÓN SOCIAL	

**VALORACIÓN****MÉDICA**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (proceso que desencadena la incapacidad motivo de la petición)

ENFERMEDAD PRINCIPAL	ESTADO FUNCIONAL
<input type="checkbox"/> Aguda sin secuelas. <input type="checkbox"/> Aguda con secuelas poco invalidantes. <input type="checkbox"/> Crónica evolutiva lenta. <input type="checkbox"/> Aguda con secuelas invalidantes. <input type="checkbox"/> Crónica con evolución rápida	<input type="checkbox"/> Asintomático. <input type="checkbox"/> Clínica mínima (no afectación AVD). <input type="checkbox"/> Clínica severa (afectación AVD > 50%). <input type="checkbox"/> Encamado > 50%. <input type="checkbox"/> Encamado el 100% del tiempo.
PATOLOGÍA ASOCIADA (Actual)	
<input type="checkbox"/> 35-30 sin afectación cognitiva. <input type="checkbox"/> 30-20 discreta afectación cognitiva. <input type="checkbox"/> 20-10 moderada afectación cognitiva. <input type="checkbox"/> < 10 grave afectación cognitiva.	<input type="checkbox"/> Obesidad > 35% del índice de masa corporal. <input type="checkbox"/> Poliartrosis invalidante. <input type="checkbox"/> Déficit sensorial (auditivo, visual). <input type="checkbox"/> Accidente vascular cerebral. <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. <input type="checkbox"/> Diabetes melitus. <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca. <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular periférica-Úlceras presión. <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal. <input type="checkbox"/> Neoplasias.

**SECUELAS:**

--

**ALERGIAS:**

--

**TRATAMIENTOS ACTUALES:**

--

**OBJETIVOS DE LA SOLICITUD:**

--

**OBSERVACIONES:**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Colegiado: \_\_\_\_\_

**ENFERMERÍA****ÍNDICE DE BARTHEL**

COMER	VESTIRSE Y DESVESTIRSE	BAÑO	HIGIENE PERSONAL
<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Con ayuda <input type="checkbox"/> Dependiente
CONTROL ANAL	CONTROL VESICAL	TRANSFERENCIA SILLA-CAMA	
<input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> Algún accidente <input type="checkbox"/> Incontinente	<input type="checkbox"/> Ningún problema <input type="checkbox"/> Algún accidente <input type="checkbox"/> Incontinente	<input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Ayuda mínima <input type="checkbox"/> Puede sentarse, pero no trasladarse <input type="checkbox"/> Dependiente	

**TÉCNICAS DE ENFERMERÍA**

SONDA NASOGÁSTRICA / PEG	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	SONDA VESICAL	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
OSTOMÍAS (Traqueo-Gastro-Colo-Nefro-Uro)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	COLECTOR URINARIO-PAÑALES	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
SUERO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si  OXÍGENO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<b>ÚLCERAS POR PRESIÓN Y/O VASCULARES</b>  No hay úlceras Zona de enrojecimiento permanente de la piel (sin ruptura). No desaparece al retirar la presión. Pérdida parcial del espesor de las capas de la piel que se presenta clínicamente como una abrasión, aparece un cráter poco profundo. Pérdida total de la piel quedando expuestos los tejidos subcutáneos presentándose como un cráter profundo con o sin tejido cicatricial adyacente. Pérdida total de piel y tejido subcutáneo exponiéndose músculo y/o hueso.		Número  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

PUEDE UTILIZAR EL TELÉFONO	CAPACIDAD PARA VIAJAR	PUEDE IR DE COMPRAS
<input type="checkbox"/> No lo utiliza. <input type="checkbox"/> Autónomo. <input type="checkbox"/> Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> Dependiente.	<input type="checkbox"/> No viaja. <input type="checkbox"/> Autónomo. <input type="checkbox"/> Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> Dependiente.	<input type="checkbox"/> No las realiza. <input type="checkbox"/> Autónomo. <input type="checkbox"/> Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> Dependiente.
PUEDE UTILIZAR DINERO	PUEDE PREPARARSE LA COMIDA	PUEDE HACER ACT. DOMÉSTICAS
<input type="checkbox"/> No lo utiliza. <input type="checkbox"/> Autónomo. <input type="checkbox"/> Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> Dependiente.	<input type="checkbox"/> No se la prepara. <input type="checkbox"/> Autónomo. <input type="checkbox"/> Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> Dependiente.	<input type="checkbox"/> No las hace. <input type="checkbox"/> Autónomo. <input type="checkbox"/> Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> Dependiente. <input type="checkbox"/>
PUEDE TOMAR LA MEDICACIÓN		
<input type="checkbox"/> No la toma. <input type="checkbox"/> Autónomo.	<input type="checkbox"/> Con ayuda o supervisión. <input type="checkbox"/> Dependiente.	

### VALORACIÓN DE FUNCIONES SUPERIORES

ORIENTACIÓN	COMUNICACIÓN Y LENGUAJE
Orientado. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente desorientado. <input type="checkbox"/> Totalmente desorientado. <input type="checkbox"/>	Comunicación espontánea. <input type="checkbox"/> Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje. <input type="checkbox"/> Afasia total. <input type="checkbox"/>
COMPORTAMIENTO PSÍQUICO	
-No presenta problemas de comportamiento. <input type="checkbox"/> -Trastornos del comportamiento sin riesgo (existen trastornos leves del comportamiento). <input type="checkbox"/> -Trastornos del comportamiento con riesgo (existen trastornos del comportamiento que pueden representar un riesgo, tanto para ellos mismos como para los demás por agresividad, agitación, peligro de huídas, intentos de autolisis, etc.) <input type="checkbox"/>	

OBSERVACIONES:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (nombre y dos apellidos) \_\_\_\_\_

Centro de trabajo: \_\_\_\_\_ Número de Colegiado: \_\_\_\_\_