

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | |
|-----------------------------|-------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | Fecha nacimiento |
| | | | |
| Zona básica de salud | | Unidad básica de Acción Social | |
| | | | |

VALORACIÓN DE ENFERMERIA

INDICE DE BARTHEL

| COMER | VESTIRSE Y DESVESTIRSE | BAÑO | HIGIENE PERSONAL |
|------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------|
| Autónomo | Autónomo | Autónomo | Autónomo |
| Con ayuda | Con ayuda | Con ayuda | Con ayuda |
| Dependiente | Dependiente | | |
| CONTROL ANAL | CONTROL VESICAL | TRANSFERENCIA SILLA-CAMA | |
| Ningún problema | Ningún problema | Autónomo | |
| Algún accidente | Algún accidente | Ayuda mínima | |
| Incontinente | Incontinente | Puede sentarse pero no trasladarse | |
| | | Dependiente | |
| CAMINAR | SUBIR Y BAJAR ESCALERAS | USO DEL WC | |
| Autónomo | Autónomo | Autónomo | |
| Con ayuda | Con ayuda | Con ayuda | |
| Autónomo con silla de ruedas | No puede | Dependiente | |
| Dependiente | | | |

TÉNICAS DE ENFERMERIA

| | | | |
|--|----|---------------------------|----|
| SONDA NASOGÁSTRICA/PEG | No | SONDA VESICAL | No |
| | Sí | | Sí |
| OSTOMIAS (Traqueo-Gastro-Colo-Nefro-Uro) | No | COLECTOR URINARIO-PÃÑALES | No |
| | Sí | | Sí |

TÉCNICAS DE ENFERMERIA

| | | ÚLCERAS POR PRESION Y/O VASCULARES | Número |
|---------|----|---|--------|
| SUERO | No | No hay úlceras | |
| | Sí | Zona de enrojecimiento permanente de la piel (sin ruptura). No desaparece al retirar la presión | — |
| OXIGENO | | Pérdida parcial del espesor de las capas de la piel que se presenta clínicamente como una abrasión, aparece un cráter poco profundo | — |
| | No | Pérdida total de la piel quedando expuestos los tejidos subcutáneos, presentándose como un cráter profundo con o sin tejido cicatricial adyacente | — |
| | Sí | Pérdida total de piel y tejido subcutáneo exponiéndose músculo y/o hueso | — |

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

| PUEDE UTILIZAR TELEFONO | CAPACIDAD PARA VIAJAR | PUEDE IR DE COMPRAS |
|---------------------------|----------------------------|------------------------------------|
| No lo utiliza | No viaja | No las realiza |
| Autónomo | Autónomo | Autónomo |
| Con ayuda o supervisión | Con ayuda o supervisión | Con ayuda o supervisión |
| Dependiente | Dependiente | Dependiente |
| PUEDE UTILIZAR DINERO | PUEDE PREPARARSE LA COMIDA | PUEDE HACER ACTIVIDADES DOMESTICAS |
| No lo utiliza | No se la prepara | No las hace |
| Autónomo | Autónomo | Autónomo |
| Con ayuda o supervisión | Con ayuda o supervisión | Con ayuda o supervisión |
| Dependiente | Dependiente | Dependiente |
| PUEDE TOMAR LA MEDICACIÓN | | |
| No la toma | Con ayuda o supervisión | |
| Autónomo | Dependiente | |

FUNCIONES SUPERIORES

| ORIENTACIÓN | COMUNICACIÓN Y LENGUAJE |
|---|--|
| Orientado | Comunicación espontánea |
| Ocasionalmente desorientado | Dificultad de comunicación e interpretación del lenguaje |
| Totalmente desorientado | Afasia total |
| COMPORTAMIENTO PSÍQUICO | |
| No presenta problemas de comportamiento | |
| Trastornos del comportamiento sin riesgo (existen trastornos leves del comportamiento) | |
| 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 huidas, intentos de autolisis, etc.) | |

OBSERVACIONES:

En _____ a _____ de _____ de 20__

FIRMA DEL PROFESIONAL

FDO.: (Nombre y apellidos) _____

Centro de trabajo: _____ Número de Colegiado: _____