

SERVEI D'AJUDA A DOMICILI
INFORME DE SALUT DE LA PERSONA USUÀRIA

Nom i llinatges:	Data de naixement:
DNI/NIE/Passaport:	Sexe: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona

NEUROLÒGIC	Si	CIE 10	ENDOCRÍ-METABÒLIC	Si	CIE 10	
Isquèmica cerebral transitòria		G45	Diabetis Mellitus Insulinodependent		E10	
Infart cerebral		I63	Diabetis Mellitus no insulinodepenent		E11	
Hemorràgia cerebral		I61	Hipertiroïdisme		E05	
Hemiplegia		G81	Hipotiroïdisme		O3	
Paraplegia i quadraplegia		G82	Obesitat		E66	
Demència d'Alzheimer		F00	Dislipèmia		E78	
Demència vascular		F01	Desnutrició lleu/severa		E44/E43	
Altes demències		F02	OFTALMOLÒGIC	Si	CIE 10	
Malaltia de Parkinson		G20	Alteracions de la visió		H53	
Esclerosi múltiple		G35	Ceguesa d'ambdós ulls		H54.0	
Epilèpsia		G40	Ceguesa d'un ull		H54.4	
CIRCULATORI	Si	CIE 10	APARELL RESPIRATÒRI	Si	CIE 10	
Hipertensió arterial		I10	MPOC		J44	
Angina de pit		I20	Bronquièctasi		J47	
Infart agut de miocardi		I21	Insuficiència respiratòria crònica		J96	
Malaltia isquèmica crònica del cor		I25	Asma		J45	
Cardiomiopatia		I42	Síndrome d'apnea de la son		J47.3	
Insuficiència cardíaca		I50	NEFROUROLÒGIC	Si	CIE 10	
Aneurisma i dissecció aòrtica		I71	Incontinència urinària		R32	
Malaltia vascular perifèrica		I73	Càlcul de ronyó i urèter		N20	
Varius membres inferiors		I83	Hiperplàsia de pròstata		N40	
			Insuficiència renal crònica		N18	
			Diàlisi renal		Z49	
DIGESTIU	Si	CIE 10	SALUT MENTAL	Si	CIE 10	
Reflux gastroesofàgic		K21	Trastorn d'ansietat		F41	
Úlcera gàstrica/duodenal		K25/K26	Depressió		F32	
Càlcul biliar		K80	Esquizofrènia		F20	
Hepatitis viral crònica		B18	Trastorn afectiu bipolar (maníac-depressiu)		F31	
Cirrosis hepàtica		K74	Deliri orgànic (estat confusional)		F05	
Insuficiència hepàtica		K72	Trastorns de l'alimentació		F50	
Malalties pancreàtiques		K86	Trastorns de la son		F51	
Mala absorció intestinal		K90	Abús de substàncies psicoactives		F10-F19	
Malaltia de Crohn		K50				
Colitis ulcerosa		K51				

INFECCIONS (especificar)	Si	A00-B99	NEOPLÀSIES (especificar)	Si	C00-D48
OSTEOARTICULAR	Si	CIE 10	PEDIATRIA	Si	CIE 10
Artritis reumatoide		M05	Paràlisis cerebral infantil		G80
Artrosi		M15- M19	Malformacions congènites (especificar)		Q00-Q89
Malalties del teixit conjuntiu		M30- M36	Anomalies cromosòmiques (especificar)		Q90-Q99
Discopatia cervical		M50	Síndrome de Down		Q90
Dicopatia dorsal, lumbar		M51	Retràs mental lleu/moderat/greu		F70/F71/F72
Cifosis i lordosis		M40	Autisme infantil		F84.0
Escoliosi		M41	ALTRES	Si	CIE 10
Osteoporosi i altres alteracions de la densitat òssia		M80- M85			
ALTRES	SÍ	CIE 10			

Si pateix brots d'alguna de les patologies descrites, indicau-la:

Patologia	Freqüència en el darrer any

Indicau els tractaments actuals que té prescrits la persona:

Farmacològic					
Principi actiu o nom comercial		Dosi diària		Via d'administració	
Rehabilitador					
Osteoarticular		Respiratori		Cardíac	
Psicoterapèutic		Tipus:			
Altres					
Observacions					

Indicau els diagnòstics d'infermeria de caràcter permanent o de llarga durada que presenta:

Diagnòstics d'autonomia	Parcial	Total
Suplència per l'alimentació		
Suplència per a l'eliminació fecal i urinària		
Suplència per a la mobilització i el manteniment de la postura adequada		
Suplència per al vestiment i la cura personal		
Suplència per al manteniment de la temperatura corporal		
Suplència per a la higiene i la protecció de la pell		
Suplència per al manteniment de la seguretat de l'entorn		
Diagnòstics d'independència		Si
Deteriorament de la mobilitat física amb relació a: Manifestat per:		
Maneig inefectiu del règim terapèutic personal amb relació a: Manifestat per:		
Dèficit d'activitats recreatives amb relació a: Manifestat per:		
Baixa autoestima situacional amb relació a: Manifestat per:		
Risc de soledat amb relació a:		
Risc de lesió amb relació a:		
Altres Observacions		

Indicau les cures d'infermeria que té prescrites la persona:

Recomanacions sobre:	Si	Tipus
Dieta		
Higiene personal		
Eliminació		
Exercici		
Seguretat a l'entorn		
Cura de ferides		
Altres Observacions		

Indicau les mesures de suport funcional i terapèutic i les ajudes tècniques que utilitza:

Mesures	Si	Mesures	Si	Mesures	Si
Oxigenoteràpia		Col·lector urinari		Caminador	
Sonda gàstrica		Bolquers		Cadira de rodes	
Sonda vesical		Pròtesis d'extremitats		Altres:	

Indicau si la persona necessita d'altres ajuts que en aquest moment no disposi:

Indicau l'estat de salut de la persona cuidadora:

Presenta problemes de salut que li dificulten la tasca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Té suport d'altres persones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Observacions: _____

Diagnòstics d'independència	Si
Cansament o risc de cansament del rol de cuidador amb relació a: Manifestat per:	
Interrupció o risc d'interrupció dels processos familiars amb relació: Manifestat per:	
Altres	

Marratxí, _____ d'_____ del 20__

Metge/essa _____ Col·legiat/da _____ Signatura metge/essa	Infermer/a _____ Col·legiat/da _____ Signatura infermer/a
---	---