



HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE
ALICANTE

HOJA DE PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA
INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

UNIDAD DE PROCEDENCIA:
Telf:

CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA:

Resumen del episodio asistencial (motivo del ingreso; fecha, evolución y motivo del alta, si procede):
.....
.....
.....
.....

Alergias

CAPACIDADES AUTOCUIDADO/NECESIDADES

* RESPIRACIÓN: Alterada: Sí No

(disnea, secreciones, O2, traqueostomía...)

* ALIMENTACIÓN:

Total Autonomía Ayuda Parcial Dependiente

(exceso/defecto, disfagia, dentadura postiza...)

Intolerancias

Dieta

Sonda

(Tipo, nº, fecha colocación...)

* ELIMINACIÓN:

Fecal: Total Autonomía Ayuda Parcial

Dependiente

(estreñimiento, diarrea, incontinencia, pañal, ostomía...)

Patrón:

Urinaria: Total Autonomía Ayuda Parcial

Dependiente

(Incontinencia, retención, sonda: tipo, nº y fecha de colocación)

* MOVILIDAD:

Total Autonomía Ayuda Parcial Dependiente

(Andador, silla de ruedas, encamado, necesita cambios posturales, precisa ayuda, prótesis y tipo...)

Etiqueta identificativa

Cuidador principal
Parentesco
Telf. de contacto

Estado de piel y mucosas:

Alterado: Sí No

Riesgo de UPP (Braden):

Alto (<12) Medio (13-15) Bajo (>16)

.....
.....
.....
.....
.....



(herida quirúrgica, úlceras: tipo, tratamiento, cura, frecuencia...)

Dolor No Sí Intensidad (0-10).....

Localización

Seguridad:

Estado de conciencia:

(alerta, obnubilado, confuso, estuporoso, inconsciente...)

Riesgo de caídas Sí No

Necesita elementos de seguridad: Sí No

Tipo

**VALORACIÓN ESPECÍFICA/
RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

(Valoración específica según unidades o aspectos no contemplados antes: drenajes, vías, catéteres, suturas, fluidoterapia, nutrición enteral, tracciones, tratamientos pautados)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Derivaciones / Intervención de otros profesionales
(Fisioterapeuta, Trabajador Social...)

Fecha próxima cita en Hospital

(Consultas Externas, Hospital de Día...)

Enfermera/o: (Nombre y Apellidos, Fecha y Hora)

FIRMA: