



Valoración de Enfermería

Motivo del ingreso:

.....
.....

Procedencia:

ALERGIAS:

Enfermedades previas:

.....

Tratamientos previos:

.....

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADOS/NECESIDADES

RESPIRACIÓN:

Normal Alterada:

(disnea, secreciones, O2, traqueostomía)

Hábito tabático Sí No

(Cantidad)

ALIMENTACIÓN:

Total autonomía

Ayuda parcial

Dependiente

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

Intolerancias:

Dieta:

Sonda:

(Tipo, n.º fecha colocación...)

Hábitos tóxicos (alcohol, otros) Sí No

(Cantidad)

ELIMINACIÓN:

Fecal:

Total autonomía

Ayuda parcial

Dependiente

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

Patrón:

Urinaria:

Total autonomía

Ayuda parcial

Dependiente

(incontinencia, retención, sonda: tipo, n.º y fecha de colocación)

DESCANSO:

Presenta problemas para dormir:

(dolor, insomnio, medicación...)

Patrón:

ASEO E HIGIENE / VESTIDO:

Total autonomía

Ayuda parcial

Dependiente

MOVILIDAD:

Total autonomía

Ayuda parcial

Dependiente

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

Etiqueta identificativa

Constantes al ingreso:

Seguridad:

Estado de conciencia:

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

Riesgo de caídas Sí No

Necesita elementos de seguridad: Sí No

Tipo:

Colocada pulsera identificativa

Prótesis: No Sí Tipo:

Estado de piel y mucosas:

Riesgo de UPP(Braden): Alto (<12) Medio (13-15) Bajo (> 16)

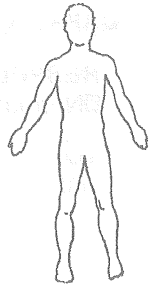
Alterado Sí No

.....

.....

.....

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



Capacidad sensorial:

Alterado Sí No

(tipo de alteración y órgano de los sentidos, prótesis...)

Dolor No Sí Intensidad (0-10):

Localización:

Aspectos psicológicos, sociales y culturales:

(relacionados con la comunicación, religión, ansiedad, costumbres que puedan influir en los cuidados...)

.....

.....

.....

.....

Cuidador/a:

Telf. de contacto:

VALORACIÓN ESPECÍFICA / RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

(valoración específica según unidades o aspectos no contemplados antes; drenajes, vías catéteres, suturas, fluidoterapia, nutrición enteral, tracciones, parámetros bioquímicos...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Realizado programa de acogida al paciente hospitalizado

Enfermera/o:

Apellidos: Nombre:

Fecha: Hora:

FIRMA