



Valoració d'Infermeria

Motiu d'ingrés:

.....
.....

Procedència:.....

ALÈRGIES.....

Malalties anteriors.....

.....

.....

Tractament anteriors.....

.....

CAPACITAT D'AUTOCURES/NECESSITATS

RESPIRACIÓ:

Normal Alterada:.....

(disnea, secrecions, O2, traqueostomia)

Hàbit tabàquic Sí No

(quantitat)

ALIMENTACIÓ:

Total autonomia

Ajuda parcial.....

Dependent.....

(excés/ defecte, disfàgia, dentadura postissa...)

Intoleràncies.....

Dieta.....

Sonda.....

(Tipu, n.º data colocació...)

Hàbits tòxics (alcohol, altres) Sí No

(quantitat)

ELIMINACIÓ:

Fecal:

Total autonomia

Ajuda parcial.....

Dependent.....

(estrenyment, diarrea, incontinència, bloquer, ostomia...)

Patrò.....

Urinària:

Total autonomia

Ajuda parcial.....

Dependent.....

DESCANS:

Presenta problemes per a dormir.....

(dolor, insomni, medicació...)

Patrò.....

ASEO E HIGIENE / VESTIDO:

Total autonomia

Ajuda parcial.....

Dependent.....

MOVILITAT:

Total autonomia

Ayuda parcial.....

Dependent.....

(Caminador, cadira de rodes, enllitat, necessita camvis posturals, protesi y tipus)

Etiqueta identificativa

Constants a l'ingrés:.....

Seguretat:

Estat de consciència.....

(alerta, obnubilat, confus, estuporos, inconscient...)

Risc de caigudes Sí No

Necessita cap element de seguretat: Sí No

Tipus.....

Colocada pulsera identificativa

Protesi: No Sí Tipus:.....

Estat de pell i mucoses:

Risc d'UPP(Braden): Alt (<12) Mig

(13-15) Baix (> 16)

Alterat Sí No

.....

.....

.....

(ferida quirúrgica, úlceres: tipus, tractament, cures, freqüència...)

Capacitat sensorial:

Alterat Sí No

.....

(tipus d'alteració i òrgan dels sentits, pròtesi...)

.....

.....

.....

Aspectes psicològics, socials y culturals:

(relacionats amb la comunicació, religió, ansietat, costums que puguen influir en les cures...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

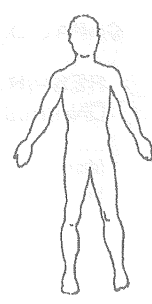
.....

.....

.....

.....

.....



Realizat programa d'acollida al pacient hospitalizat

Infermera/er:

Cognoms.....Nom.....

Data.....Hora.....

SIGNATURA