

DATOS DEL SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO
ZONA BÁSICA DE SALUD		UNIDAD BÁSICA DE ACCIÓN SOCIAL	

VALORACIÓN**MÉDICA**

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (proceso que desencadena la incapacidad motivo de la petición)

ENFERMEDAD PRINCIPAL	ESTADO FUNCIONAL
Aguda sin secuelas. ☐	Asintomático. ☐
Aguda con secuelas poco invalidantes. ☐	Clínica mínima (no afectación AVD). ☐
Crónica evolutiva lenta. ☐	Clínica severa (afectación AVD > 50%). ☐
Aguda con secuelas invalidantes. ☐	Encamado > 50%. ☐
Crónica con evolución rápida ☐	Encamado el 100% del tiempo. ☐
MINI-MENTAL EXAMEN COGNITIVO	PATOLOGÍA ASOCIADA (Actual)
35-30 sin afectación cognitiva. ☐	Obesidad > 35% del índice de masa corporal. ☐
30-20 discreta afectación cognitiva. ☐	Poliartrosis invalidante. ☐
20-10 moderada afectación cognitiva. ☐	Déficit sensorial (auditivo, visual). ☐
< 10 grave afectación cognitiva. ☐	Accidente vascular cerebral. ☐
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ☐
	Diabetes melitus. ☐
	Insuficiencia cardíaca. ☐
	Enfermedad vascular periférica-Úlceras presión. ☐
	Insuficiencia renal. ☐
	Neoplasias. ☐

SECUELAS:

ALERGIAS:

TRATAMIENTOS ACTUALES:

OBJETIVOS DE LA SOLICITUD:

OBSERVACIONES:

En _____ a ____ de _____ de 20__

FIRMA DEL PROFESIONAL

Fdo: (nombre y dos apellidos) _____

Centro de trabajo: _____ Número de Colegiado: _____

ENFERMERÍA**ÍNDICE 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. ☐			

TÉCNICAS DE ENFERMERÍA

SONDA NASOGÁSTRICA / PEG			No ☐	Sí ☐	SONDA VESICAL			No ☐	Sí ☐
OSTOMÍAS (Tráqueo-Gastro-Colo-Nefro-Uro)			No ☐	Sí ☐	COLECTOR URINARIO-PAÑALES			No ☐	Sí ☐
SUERO			No ☐	Sí ☐	ÚLCERAS POR PRESIÓN Y/O VASCULARES			Número	
OXÍGENO	No ☐	Sí ☐	-No hay úlceras.			☐			
			-Zona de enrojecimiento permanente de la piel (sin ruptura). No desaparece al retirar la presión.			_____			
			-Pérdida parcial del espesor de las capas de la piel que se presenta clínicamente como una abrasión, aparece un cráter poco profundo.			_____			
			-Pérdida total de la piel quedando expuestos los tejidos subcutáneos, presentándose como un cráter profundo con o sin tejido cicatricial adyacente.			_____			
			Pérdida total de la piel y tejido subcutáneo exponiéndose músculo y/o hueso.			_____			

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

PUEDE UTILIZAR EL TELÉFONO	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 ACTIV. DOMÉSTICAS
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 dos apellidos) _____

Centro de trabajo: _____ Número de Colegiado: _____

SOCIAL

SITUACIÓN FAMILIAR		CONVIVENCIA	
Pueden atenderlo.	☐	-Vive con la familia de forma estable.	☐
Familia con capacidad limitada de apoyo.	☐	-Vive con familiares de 2º o 3º grado y/o otras personas sin parentesco.	☐
Rechazo familiar.	☐	-Vive con otra/s persona/s dependiente/s.	☐
No tiene familia directa. Claudicación familiar.	☐	-Vive con personas de edad superior a 75 años.	☐
		-Vive sólo pero tiene familiares directos que se hacen responsables.	☐
		-Vive sólo.	☐
		-Vive con la familia pero cambia de domicilio cada cierto tiempo.	☐
		-Vive en residencias provisionalmente.	☐
GENOGRAMA:			

GRADO DE RELACIÓN FAMILIAR		VIVIENDA	
Buena.	☐	-Dispone de buenas condiciones de habitabilidad y de confort. No existen barreras de acceso.	☐
Aceptable.	☐	-Dispone de suficientes condiciones de habitabilidad, pero hay barreras arquitectónicas y/o falta de espacio en la vivienda.	☐
Mala. Sin relación.	☐	-Existen barreras arquitectónicas de acceso a la vivienda.	☐
Maltrato físico y/o psíquico.	☐	-Equipamientos generales de vivienda insuficientes.	☐
		-Condiciones de habitabilidad e higiene que pueden comprometer la salud.	☐

RECURSOS SOCIALES DE LA LOCALIDAD DONDE RESIDE EL SOLICITANTE			ACCESO A LOS EQUIPAMIENTOS	
RECURSOS	EXISTEN	DISFRUTA		
Atención Domiciliaria.	☐	☐	-Proximidad.	☐
Centro de Día.	☐	☐	-Poca distancia/acceso aceptable	☐
Comedores.	☐	☐	-Distancia media/acceso con ciertas deficiencias.	☐
Unidades de Respiro.	☐	☐	-Mucha distancia/Vías de acceso deficientes.	☐
Teleasistencia.	☐	☐		

