



INFORME DE SALUT

Per adjuntar a la sol·licitud de SERVEI D'AJUDA A DOMICILI/ CENTRE DE DIA MUNICIPAL

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



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

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

Patologia	Freqüència en el darrer any
.....
.....
.....

Indica els tractaments actuals que té prescrits la persona:

Farmacològic							
Principi actiu o nom comercial				Dosi diària		Via d'administració	
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
Rehabilitador							
Osteoarticular	<input type="checkbox"/>	Respiratori	<input type="checkbox"/>	Cardíac	<input type="checkbox"/>	Neurològica	<input type="checkbox"/>
Psicoterapèutic	<input type="checkbox"/>	Tipus:					
Altres:							
Observacions:							
.....							
.....							



INDICAU ELS DIAGNÒSTICS D'INFERMERIA DE CARÀCTER PERMANENT O DE LLARGA DURADA:

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

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

Recomanacions sobre:	Si	Tipus
Dieta	<input type="checkbox"/>
Higiene personal	<input type="checkbox"/>
Eliminació	<input type="checkbox"/>
Exercici	<input type="checkbox"/>
Seguretat a l'entorn	<input type="checkbox"/>
Cura de ferides	<input type="checkbox"/>
Altres:		
Observacions:		
.....		
.....		
.....		
.....		



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

Mesures	Si	Mesures	Si	Mesures	Si
Oxigenoteràpia	<input type="checkbox"/>	Col·lector urinari	<input type="checkbox"/>	Caminador	<input type="checkbox"/>
Sonda gàstrica	<input type="checkbox"/>	Bolquers	<input type="checkbox"/>	Cadira de rodes	<input type="checkbox"/>
Sonda vesical	<input type="checkbox"/>	Pròtesis d'extremitats	<input type="checkbox"/>	Altres:	<input type="checkbox"/>

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:	<input type="checkbox"/>
Interrupció o risc d'interrupció dels processos familiars amb relació: Manifestat per:	<input type="checkbox"/>
Altres:	<input type="checkbox"/>

Marratxí, d del 20

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