

## INFORME DE AUTONOMIA PERSONAL RESPIRO

(A rellenar por facultativo de zona o geriatra correspondiente)

DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE			
DNI	NOMBRE Y APELLIDOS	DOMICILIO	F.N.

Señalar con una (X) una sola respuesta en cada uno de los apartados siguientes

<p><b>VALORACIÓN FÍSICA:</b></p> <p><b>1.-DESPLAZAMIENTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se desplaza de forma autónoma</p> <p><input type="checkbox"/> Anda pero necesita que le guíen o ayuda de otra persona</p> <p><input type="checkbox"/> Anda pero no puede ponerse en pie o sentarse sin ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> Usuario en silla de ruedas</p> <p><input type="checkbox"/> Confinado en silla de ruedas o encamado</p> <p><b>2.-VESTIDO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se viste correctamente por sí solo</p> <p><input type="checkbox"/> Se viste solo pero precisa supervisión</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa ayuda moderada para vestirse</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa ayuda considerada para vestirse</p> <p><input type="checkbox"/> No puede vestirse en absoluto</p> <p><b>3.-ALIMENTACIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se alimenta correctamente sin ayuda</p> <p><input type="checkbox"/> Se alimenta solo pero precisa supervisión</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa ayuda moderada para alimentarse</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa ayuda considerable para alimentarse</p> <p><input type="checkbox"/> No puede alimentarse en absoluto</p> <p><b>4.- ASEO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se asea correctamente por sí solo</p> <p><input type="checkbox"/> Se asea solo pero precisa supervisión</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa ayuda moderada para asearse</p> <p><input type="checkbox"/> Precisa considerable ayuda para asearse</p> <p><input type="checkbox"/> No puede asearse en absoluto</p> <p><b>5.-CONTINENCIA DE ESFÍNTERES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Continencia completa</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia ocasional</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia moderada</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia total</p>	<p><b>VALORACIÓN PSÍQUICA:</b></p> <p><b>6.-MEMORIA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Recuerda sin problemas</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene pérdida leve</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene pérdida moderada</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene pérdida severa</p> <p><input type="checkbox"/> Tiene pérdida total</p> <p><b>7.-ORIENTACION TIEMPO ESPACIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bien ordenado</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadas</p> <p><input type="checkbox"/> alteraciones graves</p> <p><input type="checkbox"/> Completamente desorientado</p> <p><b>8.- COMUNICACIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Se comunica sin problemas</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultades leves</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultades moderadas</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultades graves</p> <p><input type="checkbox"/> Incapacidad total</p> <p><b>9.-PERCEPCION Y PENSAMIENTO</b> (Delirios, ideas paranoides, alucinaciones)</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadas</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones totales</p> <p><b>10.- TRANSTORNOS DE CONDUCTA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadas</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones totales</p> <p><b>11.- AUTOPROTECCIÓN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones leves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones moderadas</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones graves</p> <p><input type="checkbox"/> Alteraciones totales</p>
--	---

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo: Dr/Dra. \_\_\_\_\_

Colegiado nº \_\_\_\_\_

**DATOS PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA (Marcar lo que corresponde)**

ACTIVIDAD	SI	NO
Obtener ayuda en una urgencia		
Contestar llamadas a la puerta		
Usar el teléfono		
Seguridad y acceso (manejar pestillos, llaves, cerrojos, abrir y cerrar puertas y ventanas)		
Manejar dispositivos domésticos (grifos, enchufes, interruptores)		
Dependencia de aparatos especiales que precisen ayuda de otra persona para su utilización (dializador, oxígeno, alimentación por sonda)		
Necesidad de precauciones especiales (tendencia a hemorragias, crisis epilépticas, pérdida de conciencia, autolisis)		
Dependencia de otra persona para la colocación de prótesis, ortesis, etc.		

**DIAGNOSTICO**

**TRATAMIENTO**

**OBSERVACIONES**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo: Dr/Dra. \_\_\_\_\_

Colegiado nº \_\_\_\_\_