

INFORME DE AUTONOMÍA PERSONAL RESPIRO

(A rellenar por facultativo de zona o geriatra correspondiente)

DATOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE

D.N.I.	NOMBRE Y APELLIDOS	DOMICILIO	F/N.

Señalar con una "x" una sola respuesta en cada uno de los apartados siguientes

<p>VALORACIÓN FÍSICA</p> <p>1 - DESPLAZAMIENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Se desplaza de forma autónoma</p> <p><input type="checkbox"/> Ando pero necesita que le guíen o ayuda de otras personas</p> <p><input type="checkbox"/> Ando pero no puede ponerse de 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>2-VESTIDO</p> <p>Se viste correctamente por sí solo</p> <p>Se viste solo pero precisa supervisión</p> <p>Precisa ayuda moderada para vestirse</p> <p>Precisa ayuda considerada para vestirse</p> <p>No puede vestirse en absoluto</p> <p>3 -ALIMENTACIÓN</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>4 - ASEO</p> <p>Se asea correctamente por sí solo</p> <p>Se asea solo pero precisa supervisión</p> <p>Precisa ayuda moderada para asearse</p> <p>Precisa ayuda considerable para asearse</p> <p>No puede asearse en absoluto</p> <p>5 - CONTINENCIA DE ESFÍNTERES</p> <p>Continencia completa</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinencia ocasional</p> <p>Incontinencia moderada</p> <p>Incontinencia frecuente</p> <p>Incontinencia total</p>	<p>VALORACIÓN PSÍQUICA</p> <p>6-MEMORIA</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>7- ORIENTACIÓN TIEMPO ESPACIAL</p> <p>Bien ordenado</p> <p>Alteraciones leves</p> <p>Alteraciones moderadas</p> <p>Alteraciones graves</p> <p>Completamente desorientado</p> <p>8 - COMUNICACIÓN</p> <p>Se comunica sin problemas</p> <p>Dificultades leves</p> <p>Dificultades moderadas</p> <p>Dificultades graves</p> <p>Incapacidad total</p> <p>9- PERCEPCIÓN Y PENSAMIENTO (Delirios, ideas, paranoides, alucinaciones)</p> <p>Normal</p> <p>Alteraciones leves</p> <p>Alteraciones moderadas</p> <p>Alteraciones graves</p> <p>Alteraciones totales</p> <p>10- TRASTORNOS DE CONDUCTA</p> <p>Normal</p> <p>Alteraciones leves</p> <p>Alteraciones moderadas</p> <p>Alteraciones graves</p> <p>Alteraciones totales</p> <p>11 - AUTOPROTECCIÓN</p> <p>Normal</p> <p>Alteraciones leves</p> <p>Alteraciones moderadas</p> <p>Alteraciones graves</p> <p>Alteraciones totales</p>
--	---

En

a

de

de 20

DATOS PARA LA ATENCIÓN DOMICILIARIA (Marcar lo que corresponde)

ACTIVIDAD

SÍ

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.		

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

OBSERVACIONES

En

a

de

de 20