



INFORME DE SALUT DE LA PERSONA

Primer llinatge		Segon llinatge	
Nom	Data de naixement	DNI/NIE/Passaport	Sexe
			♂ Home ♀ Dona

Neurològic	Sí	CIE 10	Endocrí-metabòlic	Sí	CIE 10
Isquèmia cerebral transitòria		G45	Diabetis Mellitus insulinodepenent		E10
Infart cerebral		I63	Diabetis Mellitus no insulinodepenent		E11
Hemorràgia cerebral		I61	Hipertiroïdisme		E05
Hemiplegia		G81	Hipotiroïdisme		E03
Paraplegia i quadraplegia		G82	Obesitat		E66
Demència d'Alzheimer		F00	Dislipèmia		E78
Demència vascular		F01	Desnutrició lleu/severa		E44/E43
Altres demències		F02	<b>Oftalmològic</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Malaltia de Parkinson		G20	Alteracions de la visió		H53
Esclerosi múltiple		G35	Ceguesa d'ambdós ulls		H54.0
Epilèpsia		G40	Ceguesa d'un ull		H54.4
<b>Circulatori</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>	<b>Aparell respiratori</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Hipertensió arterial		I10	MPOC		J44
Angina de pit		I20	Bronquièctasi		J47
Infart agut de miocardi		I21	Insuficiència respiratòria crònica		J96
Malaltia isquèmica crònica del cor		I25	Asma		J45
Cardiomiopatia		I42	Síndrome d'apnea de la son		G47.3
Insuficiència cardíaca		I50	<b>Nefrourològic</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Aneurisma i dissecció aòrtica		I71	Incontinència urinària		R32
Malaltia vascular perifèrica		I73	Càlcul ronyó i urèter		N20
Varius membres inferiors		I83	Hiperplàsia de pròstata		N40
			Insuficiència renal crònica		N18
			Diàlisi renal		Z49
<b>Digestiu</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>	<b>Salut mental</b>	<b>Sí</b>	<b>CIE 10</b>
Reflux gastroesofàgic		K21	Trastorn d'ansietat		F41
Úlcera gàstrica/duodenal		K25/K26	Depressió		F32
Càlcul biliar		K80	Esquizofrènia		F20
Hepatitis viral crònica		B18	Trastorn afectiu bipolar (maníac-depressiu)		F31
Cirrosi hepàtica		K74	Deliri orgànic (estat confusional)		F05
Insuficiència hepàtica		K72	Trastorns de l'alimentació		F50
Malalties pancreàtiques		K86	Trastorns de la son		F51
Malabsorció intestinal		K90	Abús de substàncies psicoactives (especificar)		F10-F19
Malaltia de Crohn		K50			
Colitis ulcerosa		K51			
<b>Infeccions (especificar)</b>	<b>Sí</b>	<b>A00-B99</b>	<b>Neoplàsies (especificar)</b>	<b>Sí</b>	<b>C00-D48</b>

Osteoarticular	Sí	CIE 10
Artritis reumatoide		M05
Artrosi		M15-M19
Malalties del teixit conjuntiu		M30-M36
Discopatia cervical		M50
Discopatia dorsal, lumbar		M51
Cifosis i lordosis		M40
Escoliosi		M41
Osteoporosi i altres alteracions de la densitat òssia		M80-M85
<b>Altres</b>		<b>CIE 10</b>

Pediatría	Sí	CIE 10
Paràlisis cerebral infantil		G80
Malformacions congènites (especificar)		Q00-Q89
Anomalies cromosòmiques (especificar)		Q90-Q99
Síndrome de Down		Q90
Retràs mental lleu/moderat/greu		F70/F71/ F72
Autisme infantil		F84.0
<b>Altres</b>		<b>CIE 10</b>

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	Respiratori	Cardíac	Neurològica
Psicoterapèutic		Tipus:	
<b>Altres Observacions</b>			



G  
O  
I  
B  
/

Indicau els **diagnòstics d'infermeria** de caràcter permanent o de llarga durada que presenta:

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

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

<b>Recomanacions sobre:</b>	<b>Sí</b>	<b>Tipus</b>
Dieta		
Higiene personal		
Eliminació		
Exercici		
Seguretat a l'entorn		
<b>Cura de ferides</b>		
<b>Altres Observacions</b>		



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

Mesures	Sí	Mesures	Sí	Mesures	Sí
Oxigenoteràpia		Col·lector urinari		Caminador	
Sonda gàstrica		Bolquers		Cadira de rodes	
Sonda vesical		Pròtesis d'extremitats		Altres:	
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  Sí  No

Té suport d'altres persones  Sí  No

Observacions: \_\_\_\_\_

Diagnòstics d'independència	Sí
Cansament o risc de cansament del rol de cuidador amb relació a: manifestat per:	
Interrupció o risc d'interrupció dels processos familiars amb relació a: manifestat per:	
<b>Altres</b>	

Indicau si la situació actual de salut pot modificar-se, probablement, en els propers sis mesos, amb mesures terapèutiques adequades:

- Es mantindrà més o manco igual.     Empitjorarà.  
 Millorarà.     Minvarà empitjorament.

Lloc i data: \_\_\_\_\_

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