



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	Oftalmològic	Sí	CIE 10
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
Circulatori	Sí	CIE 10	Aparell respiratori	Sí	CIE 10
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	Nefrourològic	Sí	CIE 10
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
Digestiu	Sí	CIE 10	Salut mental	Sí	CIE 10
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			
Infeccions (especificar)	Sí	A00-B99	Neoplàsies (especificar)	Sí	C00-D48



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

Diagnòstics d'autonomia	Parcial	Total
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.		
Diagnòstics d'independència		Sí
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:		
Altres Observacions		

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

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



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:	
Altres	

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