ANEXO I:

Complejo Asistencial de León

Altos de Nava, s/n. - Telf. 987. 23 74 00
24080 LEON

1.er APELLIDO .....
2.° APELLIDO .....
NOMBRE .....
EDAD .....
N° H C .....
PROCEDENCIA .....

VALORACION DE ENFERMERIA

Domicilio ..... Teléfono .....
Persona de contacto .....
Motivo del ingreso .....
ALERGIAS: SI ☐ NO ☐ Especificar .....
Antecedentes de enfermedades: Diabetes
Cardiopatía
Hipertensión
Otros Especificar.....
Medicación habitual: SI ☐ NO ☐ Especificar .....
.....
Constantes vitales: Tra: F.C.: T.A.:

RESPIRACIÓN	Dificultad respiratoria: Si ☐ No ☐ Especificar ..... Coloración: Normal ☐ Palidez ☐ Cianosis ☐ Otra ..... oxígeno Si ☐ No ☐ sat. O_2 Tos: Si ☐ No ☐ Si ☐ No ☐ Expectoración: Si ☐ No ☐ Tipo ..... Fumador: Si ☐ No ☐ Cigarrillos/día .....
ALIMENTACIÓN	Apetito: Mucho ☐ Poco ☐ Normal ☐ Peso ..... Talla ..... Intolerancia a algún alimento: Si ☐ No ☐ Especificar ..... Dieta especial: Si ☐ No ☐ Tipo Prótesis: Si ☐ No ☐ Faltan piezas dentarias: Si ☐ No ☐ Dificultad en la deglución: Si ☐ No ☐ Necesita ayuda para alimentarse: Si ☐ No ☐
ELIMINACIÓN	Urinaria: Sin alteración ☐ Incontinencia ☐ Sonda vesical: Tipo ..... Fecha ..... Intestinal: Sin alteración ☐ Incontinencia ☐ Estreñimiento ☐ Otros ☐ Especificar ..... Vómitos ☐ Sudor ☐
MOVILIDAD	Necesita ayuda: Si ☐ No ☐ Moverse en cama: Si ☐ No ☐ Levantarse: Si ☐ No ☐ Deambulación: Si ☐ No ☐ Tipo de ayuda. Parcial ☐ Total ☐
DESCANSO	Alteraciones de sueño: Si ☐ No ☐ Especificar ..... Dolor: Si ☐ No ☐ Localización .....
VESTIDO	Dificultad para vestirse y desvestirse: Si ☐ No ☐ Tipo de ayuda: Parcial ☐ Total ☐
TEMPERATURA	Frío: Si ☐ No ☐ Calor: Si ☐ No ☐ En que parte del cuerpo .....
HIGIENE	Necesita ayuda: Si ☐ No ☐ Tipo de ayuda: Parcial ☐ Total ☐ Piel seca: Si ☐ No ☐ Piel hidratada: Si ☐ No ☐ Alteraciones cutáneas: Hematomas: Si ☐ No ☐ Edemas: Si ☐ No ☐ Heridas: Si ☐ No ☐ Ulceras: Si ☐ No ☐ Valoración de Norton ..... Prurito: Si ☐ No ☐

VALORACION DE ENFERMERIA 60.00

SEGURIDAD	Alteraciones sensoriales: Si ☐ No ☐ Especificar ..... Alteraciones psíquicas: Si ☐ No ☐ Especificar ..... Consume alcohol: Si ☐ No ☐ Especificar ..... Consume drogas: Si ☐ No ☐ Especificar ..... Especificar Riesgo de adquirir infecciones: Si ☐ No ☐ Riesgo de caídas: Si ☐ No ☐ Barandillas: Si ☐ No ☐ Sujecciones: Si ☐ No ☐
COMUNICACIÓN	Dificultad para expresarse: Si ☐ No ☐ Especificar ..... Nivel de conciencia: Orientado: Si ☐ No ☐ Obnubilado: Si ☐ ☐ Confuso: Si ☐ No ☐ Coma: Si ☐ No ☐ Alteración auditiva: Si ☐ No ☐ Alteración visual: Si ☐ No ☐ Capacidad para comunicarse: Adecuada ☐ Innadecuada ☐
CREENCIAS	Prácticas religiosas / espirituales: Si ☐ No ☐ Desea contactar con sacerdote o asesor espiritual: Si ☐ No ☐
REALIZACIÓN	Dificultad para manejar situaciones / acontecimientos: Si ☐ No ☐ Dificultad para llevar a cabo sus funciones: Si ☐ No ☐
OCIO	Aburrimiento: Si ☐ No ☐ Disfruta de diversas formas de entretenimiento: Si ☐ No ☐
APRENDIZAJE	Dificultad para el aprendizaje: Si ☐ No ☐ Demanda información específica: Si ☐ No ☐ Colabora: Si ☐ No ☐

Observaciones:

VALORACIÓN NUMÉRICA DE LA ESCALA DE NORTON MODIFICADA

ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	VALOR	PUNTUACIÓN
BUENO	ALERTA	TOTAL	AMBULANTE	NINGUNA	4 PUNTOS	
MEDIANO	APÁTICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	3 PUNTOS	
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	2 PUNTOS	
MUY MALO	ESTUP/COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	1 PUNTO	
					TOTAL NORTON	

NIVEL DE RIESGO: DE 5 A 11 MUY ALTO 12 A 14 EVIDENTE >14 MÍNIMO

FECHA

FIRMA DE LA ENFERMERA/O

Sacyl

Complejo Asistencial de Palencia

Hospital Río Carrión
Avda. de los Donantes de Sangre, s/n
34005 PALENCIA

Hospital San Telmo
Avda. San Telmo, s/n
34004 PALENCIA

Teléfono: 979 16 70 00

JUNTA CASTILLA Y LEÓN

PROTOCOLO VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

NOMBRE ..... N° DE HISTORIA CLINICA

APELLIDOS .....

FECHA DE NACIMIENTO ..... SEXO ☐ V ☐ M

N° DE LA SEGURIDAD SOCIAL .....

Servicio ..... Urgencias ☐ UVI ó REA ☐

Planta ..... Hab ..... PROCEDENCIA: Programado ☐ Otras Unidades ☐

Fecha: ..... Hora: ..... Policlínica ☐ Teléfono de contacto: .....

MOTIVO DE INGRESO: .....

HÁBITOS TÓXICOS: .....

MEDICACIÓN HABITUAL: .....

.....

.....

ALERGIAS CONOCIDAS: .....

TA:	FC:	FR:	T°:	Peso:	Talla:

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA. Escala de Norton

Condición Física		Condición Mental		Movilidad		Actividad		Incontinencia	
Buena	4	Alerta	4	Ambulatorio	4	Total	4	No	4
Regular	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Limitada	3	Ocasional	3
Mala	2	Confuso	2	En silla	2	Muy limitada	2	Urinaria ó fecal	2
Muy Mala	1	Estuporoso/comatoso	1	Encamado	1	Inmóvil	1	Urinaria y fecal	1
* La suma total de 5 a 11 muy alto riesgo / de 12 a 14 riesgo evidente de UPP, ≥ a 14 riesgo mínimo								**VALORACION**	

NECESIDADES/SIGNOS Y SÍNTOMAS (si no presentan alteraciones se reflejará normal)

1. RESPIRACIÓN

- ☐ Disnea
- ☐ Ruidos respiratorios anormales
- ☐ Oxígeno
- ☐ Tos
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

2. ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

- ☐ Inapetencia
- ☐ Dificultad para la alimentación
- ☐ Edemas ☐ Mucosas secas
- ☐ Prótesis dental
- ☐ Obesidad
- ☐ Delgadez
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

3. ELIMINACIÓN

Urinaria

- ☐ Sondaje
- ☐ Incontinencia
- ☐ Normal
- ☐ Otros

Intestinal

- ☐ Estreñemiento
- ☐ Diarrea
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

Sudoración

- ☐ Profusa
- ☐ Normal

4. MOVILIZACIÓN

- ☐ Autonomía
- ☐ Cansancio
- ☐ Precisa ayuda para higiene y alimentación
- ☐ Limitación de movimientos
- ☐ Uso de ayudas mecánicas o humana
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

5. REPOSO/SUEÑO

- ☐ Vigilia
- ☐ Apneas prolongadas
- ☐ Uso habitual de somníferos
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

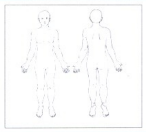
6. VESTIDO

- ☐ Dificultad para ponerse y quitar la ropa
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

7. TERMORREGULACIÓN

- ☐ Temperatura superior a lo normal
- ☐ Temperatura inferior a lo normal
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

8. HIGIENE/PIEL



- ☐ Destrucción de capas de la piel
- ☐ Piel enrojecida
- ☐ Piel seca
- ☐ Dificultad para lavarse el cuerpo o parte del cuerpo
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

9. SEGURIDAD

- ☐ Miedo
- ☐ Desorientación
- ☐ Riesgo de fuga o extravío
- ☐ Riesgo de caída
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

10. COMUNICACIÓN

- ☐ No habla o no puede hablar
- ☐ Alteración de los sentidos
- ☐ Idioma extranjero
- ☐ Gafas
- ☐ Audífono
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

11. CREENCIAS/RELIGIÓN

- ☐ Desea contactar con sacerdote o asesor espiritual
- ☐ Otros: .....

12. TRABAJAR/REALIZARSE

- ☐ Incapacidad para llevar a cabo sus funciones habituales
- ☐ Dependencia
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

13. BIENESTAR

- ☐ Tranquilo
- ☐ Nervioso
- ☐ Aburrido
- ☐ Dolor
- ☐ Precisa aislamiento
- ☐ Normal
- ☐ Otros: .....

14. OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

FECHA

FIRMA DE LA ENFERMERA/O

Sacyl

Complejo Asistencial de Palencia

Hospital Río Carrión
Avda. de los Donantes de Sangre, s/n
34005 PALENCIA

Hospital San Telmo
Avda. San Telmo, s/n
34004 PALENCIA

Teléfono: 979 16 70 00

JUNTA CASTILLA Y LEÓN

HOJA DE APLICACIÓN TERAPÉUTICA DE ENFERMERÍA

NOMBRE

Nº DE HISTORIA CLINICA

APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO ☐ V ☐ M

Nº DE LA SEGURIDAD SOCIAL

SERVICIO:	Habitación:	Ingreso:	Salida:	Dieta:
Dr:				

Fecha	Medicación	Cuidados Especiales
		Ctes x Turno:
		Ingesta x Turno:
		Diuresis:
		V.M O_2
		S.N.G.
		S.V.
		Ayunas Rx
		Fecha:
		Ayunas Análisis
		Fecha:
		Ayunas
		Fecha:
		Curas
		Nº de hoja.....

INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA

Sacyl

DE UNIDAD: A CENTRO DE SALUD EXT.UNIDAD

MOTIVO DEL INGRESO FECHA DE ALTA

NECESIDAD DE OXIGENACION

- [ ] Limpieza ineficaz de vías aéreas
- [ ] Riesgo de limpieza ineficaz de vías aéreas
- [ ] Otros

NECESIDAD DE NUTRICION

- [ ] Alteración de la nutrición por defecto
- [ ] Riesgo de alteracion de la nutricion por defecto
- [ ] Alteración de la nutrición por exceso
- [ ] Riesgo de alteración de la nutrición por exceso
- [ ] Riesgo de déficit de volumen de líquidos
- [ ] Déficit de autocuidado: alimentación
- [ ] Otros

SONDAS

Tipo:

Fecha ultima colocación :

Observaciones:

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN

- [ ] Estreñimiento
- [ ] Riesgo de estreñimiento
- [ ] Déficit de autocuidado :eliminación
- [ ] Alteración de la eliminación urinaria

Otros

SONDAS

Tipo:

Fecha ultima colocación

Observaciones:

ESTOMAS

Localización:

Observaciones:

NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN

- [ ] Deterioro de la movilidad física
- [ ] Intolerancia a la actividad
- [ ] Riesgo de intolerancia a la actividad

Otros

CUIDADOR PRINCIPAL SI NO

NECESIDAD DE REPOSO -SUEÑO

NECESIDAD DE PIEL Y MUCOSAS

- [ ] Deterioro de la integridad cutánea
- [ ] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- [ ] Ulcera por presión
- [ ] Riesgo de ulcera por presión
- [ ] Alteración de la mucosa oral
- [ ] Riesgo de alteración de la mucosa oral
- [ ] Déficit de autocuidado: higiene y vestido

Otros

NECESIDAD DE TERMOREGULACION

NECESIDAD DE SEGURIDAD

- [ ] Riesgo de accidente
- [ ] Dolor
- [ ] Dolor crónico
- [ ] Riesgo de dolor
- [ ] Baja autoestima situacional
- [ ] Trastorno de la imagen corporal
- [ ] Temor
- [ ] Duelo

Otros

NECESIDAD DE COMUNICACION

NECESIDAD DE VALORES/ CREENCIAS

NECESIDAD DE REALIZACION

NECESIDAD DE OCIO/RECREO

NECESIDAD DE APRENDIZAJE

PEGATINA

OBSERVACIONES:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA ENFERMERA FIRMA

PEGATINA

ANEXO

INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA AL ALTA

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA ENFERMERA FIRMA