

Gestión ineficaz de la propia salud

Nº orden:

SOMOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE BORMUJOS, ESTAMOS REALIZANDO UN ESTUDIO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

LA INFORMACION QUE NOS PROPORCIONE SERÁ TRATADA CONFIDENCIALMENTE Y UTILIZADA SOLAMENTE PARA LOS FINES DE ESTE ESTUDIO.

Edad Sexo

Estado civil

Soltero

Casado

Viudo

Separado

Número de hijos

¿Desde cuando tiene problemas de corazón? -de 1 año 1 a 5 años

5 a 10 años + de 10 años

¿Con quien vive?

Vive solo Si No

Familiares Si No

Residencia Si No

Estudios

Sin estudios

Básicos

Secundarios

Universitarios

¿Trabaja? Si No

Dieta

1. ¿**Sabe** como seguir una **dieta adecuada** a su enfermedad? **Si** **No**
¿La sigue? **Si** **No**
2. ¿Cómo **prepara** sus comidas habitualmente? **asadas** **cocidas** **fritas**
3. ¿Se **fija en la composición de los alimentos a la hora de comprarlos**?
 Si **No**
4. ¿Son **habituales** en su dieta alguno de estos tres alimentos, señálelos?:
quesos curados, huevos o el cerdo.
5. ¿Con que **condimenta** sus comidas?, señale: **sal,** **especies** **ajo** **limón**
6. ¿Ha recibido consejos para mejorar su dieta?, señale:
 Del medico **Del enfermero** **ambos** **amigo \ familiar**

Factores de riesgo cardiovascular

7. ¿Es fumador?
 Si **No** **ocasionalmente** **Exfumador**
8. ¿Consume usted alcohol? (mas de una copa vino\cerveza por comida)
 Si **No** **ocasionalmente** **Exbebedor**
9. ¿Como mantiene un peso adecuado? **Dieta** **Ejercicio físico**
10. ¿Es usted hipertenso? **Si** **No** ¿es usted diabético? **Si** **No**
11. ¿Cada cuanto se toma la TA? **A diario** **Una vez a la semana**
 una vez al mes **Cuando no me encuentro bien.**
12. ¿Cada cuanto se controla el azúcar? **A diario** **Una vez a la semana**
 una vez al mes **Cuando no me encuentro bien.**
13. ¿Conoce sus niveles de colesterol? **Si** **No**
14. ¿Siente estrés habitualmente? **Si** **No**
15. ¿Ha recibido consejos para evitar estos factores de riesgo, o cómo dejarlos?
 Del medico **Del enfermero** **ambos** **amigo \ familiar**

Actividad física

16. ¿Realiza ejercicio físico durante 20 o 30 minutos?
 1 por semana 2 por semana 3 o más por semana todos
17. ¿Qué tipo de ejercicio físico realiza?
 no realizo caminar bicicleta nadar gimnasia
18. ¿Ha recibido consejos para mejorar su estado físico?
 Del medico Del enfermero ambos amigo \ familiar

Seguimiento del tratamiento

19. ¿Toma su medicación? Si No
20. ¿Conoce para que es su tratamiento? Si No Parte
21. ¿Acude a las revisiones con su medico en las fechas indicadas? Si No
22. ¿Le han explicado correctamente y resuelto las dudas sobre su tratamiento?
 Del medico Del enfermero ambos amigo \ familiar
23. ¿Cual de estos factores cree que es más importante en su tratamiento?
 Ninguno Dieta Act. Física Tabaco y alcohol
 Hipertensión y Diabetes medicación
24. Cuando se ha encontrado mejor, ¿a que le ha dado menos importancia?
 Ninguno Dieta Act. Física Tabaco y alcohol
 Hipertensión y Diabetes medicación

¿Esta usted satisfecho con la atención que se presta en su entorno sanitario en relación a su enfermedad cardiaca?

- Nada satisfecho Poco satisfecho Satisfecho Muy satisfecho

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN