

1. VALORACIÓN

RECOLECCIÓN DE DATOS (FUENTE PRIMARIA Y/O SECUNDARIA)

- a) Apellido y Nombre.....Edad.....Sexo.....Estado Civil.....
Servicio.....Cama.....Fecha de ingreso..... Hospital.....
Nacionalidad.....Procedencia.....Domicilio actual.....
Escolaridad.....Ocupación.....Obra social.....
Grupo familiar.....
Motivo de Ingreso.....
Diagnóstico médico.....
Otros problemas de Salud.....Antec. Quirúrgicos.....
Antecedentes de enfermedad.....
Alergias.....DBT.....HTA.....Otros.....
Síntomas principales y problemas que refiere durante la entrevista:
.....
b) Examen clínico de enfermería (observación general, interrogatorio, signos y síntomas, examen físico céfalo-caudal y por aparatos y sistemas)

2. DATOS DE OXIGENACIÓN Y PERFUSIÓN

Respiración: FR.....Ritmo.....Intensidad.....Profundidad.....Simetría.....
Patrón.....V.A permeable.....Secreciones.....Tos.....
Expectoración.....hipoventilación.....Uso de Musc. Accesorios.....
Disnea.....Sibilancias.....Crepitantes.....
Roncus.....Murmulo vesicular.....oxigenoterapia.....
Máscara de Venturi.....Cánula nasal.....Traqueostomía.....
Drenaje pleural.....Débito.....
Antecedentes respiratorios.....
Pulso.....Frecuencia.....Ritmo.....Intensidad.....Tensión.....
Pulsos periféricos.....Ruidos cardíacos.....
Tensión arterial.....Ingurgitación Yugular.....
Coloración de piel y mucosas.....Cianosis.....Relleno Capilar.....
Lividez.....Otros.....Temperatura.....
Humedad.....Edemas.....Localización.....Oximetría.....

3. DATOS NUTRICIONALES

PESO.....Talla.....Obesidad.....Otros.....
Hidratación.....Signos del Pliegue.....Dieta.....
Hábitos alimenticios.....Alimentos no tolerados.....
Masticación.....Deglución.....Prótesis.....
Autonomía para alimentarse: total.....parcial.....ninguna.....
Alimentación enteral.....VO.....SNG.....SND.....Gastrostomía.....
Ingresos por VO.....ml.Ingresos Vía Parenteral.....ml.Otros.....

4. DATOS DE ELIMINACIÓN Y EQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO

Función GI: RHA.....Distensión abdominal.....Dolor.....
Tipo.....Hemorroides.....Deposiciones.....Patrón evac.....
Ostomía.....Diarrea.....Características.....Contipación.....
Otros.....Gases.....Vómitos.....Tipo.....Náuseas.....
SNG/ Drenajes.....ml. Características:.....
ORINA.....ml.Características.....SV.....Colector.....

Incontinencia.....Retención.....Disuria.....
Antecedentes: infección urinaria.....Tipo de tratamiento.....
Sudoración.....Total egresos.....ml. Perdidas insensibles.....
Balance hídrico.....

5. DATOS DE VALORACION DE MOVIMIENTO Y POSTURA-PIEL Y MUCOSAS:

CaracterísticasT°.....Color:.....Humedad.....Textura.....
Lesiones.....Tipo.....Localización.....Tamaño.....
Posición y movilidad: Total.....Parcial.....Deambulación c/o s/ ayuda.....
Amplitud de la movilidad.....Act. de la vida diaria: independiente.....
Semidependiente.....Dependiente.....

6. DATOS DE REPOSO Y SUEÑO

Hábitos de descanso nocturno.....Hora.....Otros.....
Alteraciones del sueño.....Sedantes.....hábitos para inducir al
sueño.....Insomnio.....

7. DATOS DE SENSOPERCEPCION Y ACTIVIDAD: Nivel de conciencia: (lúcido, confuso, delirante, estuporoso, Coma).....

APERTURA OCULAR	RESPUESTA VERBAL	RESPUESTA MOTORA
4. Espontaneo	5. Ubicado	6. Obedece Ordenes
3. Por Ordenes	4. Desorientado	5. Ubica Dolor
2. Estimulo Doloroso	3. Palabras Inapropiadas	4. Retira por Estimulo
1. Ausente	2. Sonidos Incomprensibles	3. Decorticacion (Flexión)
ESCALA DE GLASGOW * PUNTAJE MAXIMO = 15 / 15 * PUNTAJE MINIMO = 1 / 15	1. Ausente	2. Descerebración (Extensión)
		1. Ausente

8. PROTECCIÓN Y SEGURIDAD

Siente curiosidad por su enfermedad.....
Reconoce situaciones que no lo ayudan a superarla.....
Reconoce el peligro de no cambiar de actitud.....
Se muestra independiente.....

9. DATOS SOCIALES

Estado del paciente.....miedo.....negativismo.....inquietud.....
Depresión.....Apatía.....Ansiedad.....Agresividad.....
Llanto.....Otros.....
Relación familiar: Buena.....Regular.....Mala.....
Recibe visitas.....Frecuencia.....
Distracciones: tiempo libre:.....Deportes.....Hobbies.....
Lecturas.....
Datos de su conocimiento de su enfermedad y de mantenimiento de su salud:
¿Qué sabe acerca de su enfermedad?.....
¿Qué información desea tener?.....
Otros problemas.....

10.FACTORES DE RIESGO:

.....