

PLAN DE CUIDADOS AL CUIDADOR 2017

NOMBRE _____ EDAD _____ RUT _____ FECHA _____

I.- MEDICIONES

Presión arterial: PAS/PAD: _____ Pulso/FC: _____ SAT O2: _____ HGT: _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Estado Nutricional: _____

II. ANTECEDENTES

EMP / EMPAM: Fecha: _____ Observación: _____

Patologías

HTA		DM		Dislipidemia	
Obesidad		Artritis Reumatoidea		Artrosis	
Depresión		LCFA /EPOC /ASMA		Otras:	

Terapia Farmacológica: _____

Exámenes Vigentes (6 meses)

Glicemia: _____ mg/dl Colesterol total: _____ mg/dl Baciloscopia (BAAR)+/- _____

III. IDENTIFICACIÓN DE REDES

En caso de tener problemas para el cuidado del paciente ¿Tiene quien lo apoye? NO _____ SI _____

¿Quiénes? (Familia, Amigos, Vecinos, otros) _____

IV.- ADICCIONES

¿Bebe? SI _____ NO _____ Puntaje > 7 puntos _____ Bebedor Problema: AUDIT: _____

¿Fumar?: SI _____ NO _____ Nº de cigarros día _____ Consejería breve antitabaco _____

V.- RIESGO DE CAÍDAS

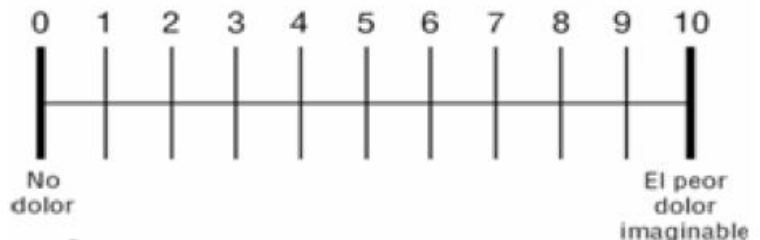
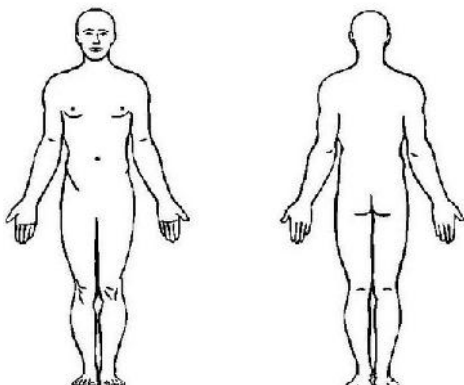
CAÍDAS: ¿Ha tenido caídas este año? SI _____ NO _____

TIMED UP AND GO	_____seg
<10 seg: Normal _____	
11-19: Riesgo leve _____	
>20 seg: Alto Riesgo _____	

VI.- ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR (ZARIT Y ZARIT)

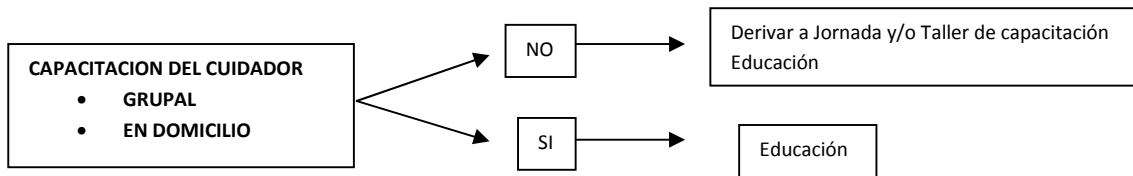
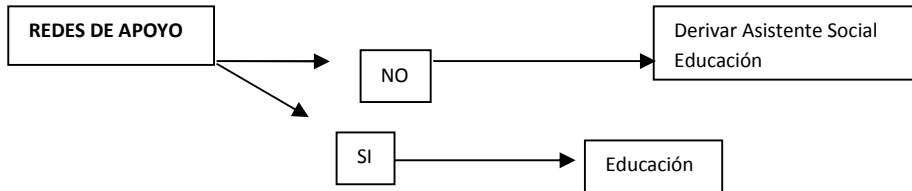
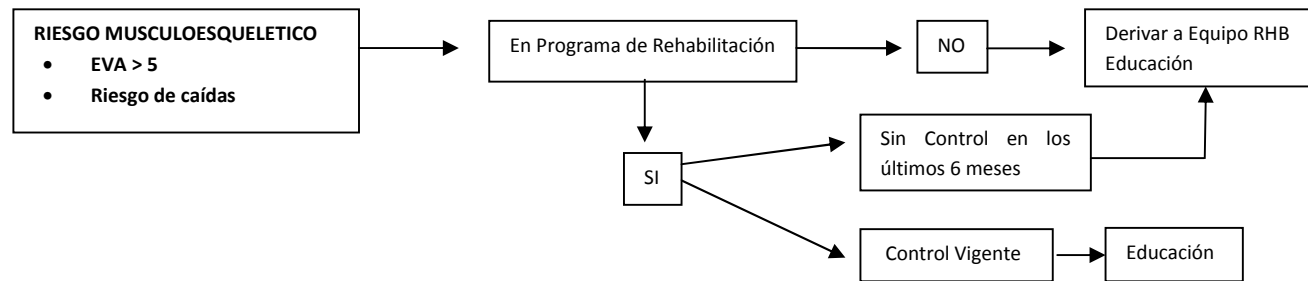
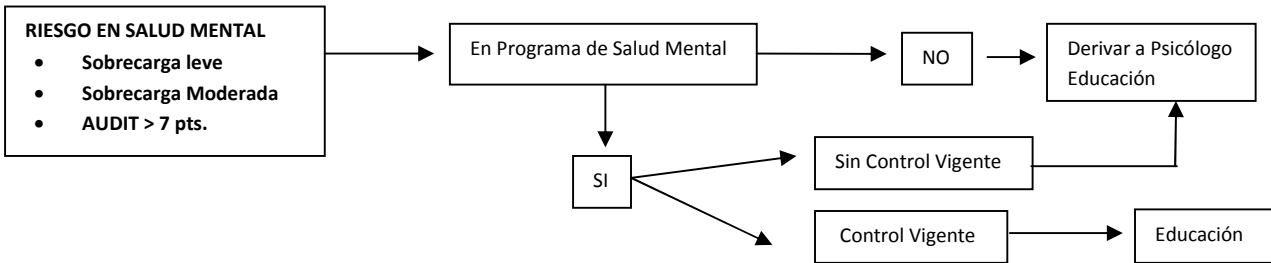
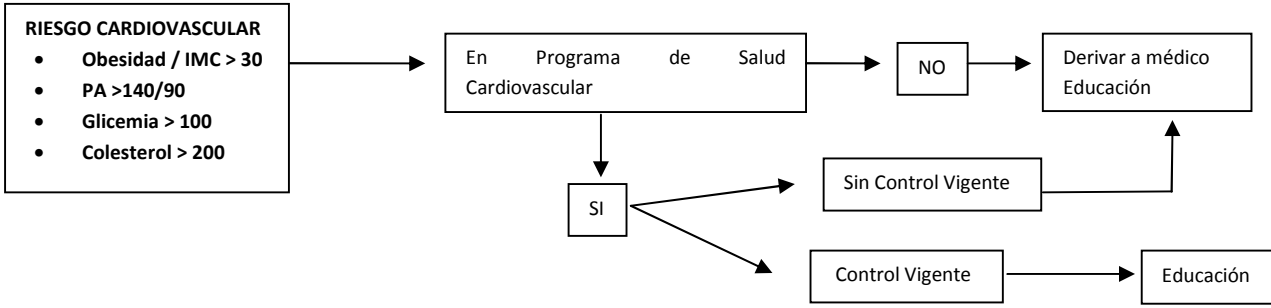
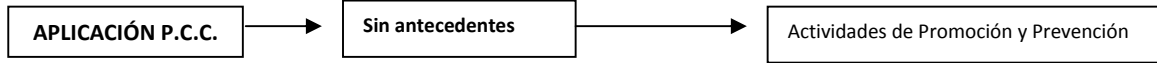
Sin Sobrecarga	0 a 46 pts.	
Sobrecarga Leve	47 a 55 pts.	
Sobrecarga Intensa	56 a 88 pts.	

VII. DOLOR OSTEOMUSCULAR



EVA: _____ DER: _____ IZQ: _____

VIII.- PLAN DE ACCIÓN: Marque con una X las acciones que llevará a cabo según riesgo detectados



OBSERVACIONES

Profesional: _____ Nombre y Firma Responsable: _____