

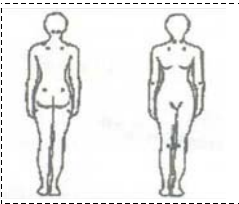
## INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL ALTA HOSPITALARIA

Nombre/Apellidos: _____	Nº Historia: _____
Hospital: _____	Unidad Hospitalización: _____
Fecha de ingreso: _____	Fecha de alta: _____
Telf. contacto con el paciente: _____	
Centro de destino: _____	
Diagnóstico médico: _____	
Motivo del ingreso: _____	
Edad: _____	

### 1 PATRÓN PERCEPCIÓN / MANEJO DE LA SALUD

Alergias: _____	
Enfermedades crónicas: _____	
Hábitos no saludables: _____	
Conocimiento del paciente del diagnóstico: _____	Conocimiento de los familiares del diagnóstico: _____
Conocimiento del paciente de sus autocuidados: _____	Conocimiento de los familiares de los autocuidados: _____
Recibió recomendaciones al alta sobre: _____	

### 2 PATRÓN NUTRICIÓN / METABOLISMO

Dieta y líquidos prescritos: _____	
Indicar ayudas y dispositivos: _____	
Fecha colocación: _____	
Localización, estadio, etc: _____	
Tipo de lesión: _____	Finalidad de la cura: _____
Diagnóstico de Enfermería: _____	

### 3 PATRÓN ELIMINACIÓN

Comentarios (frecuencia y características): _____	Dispositivos eliminación: _____
Diagnóstico de Enfermería: _____	

### 4 PATRÓN ACTIVIDAD / EJERCICIO

¿Necesita ayuda para su alimentación?: _____	Actividad: _____	Dispositivos recomendados: _____
¿Necesita ayuda para su higiene?: _____	_____	_____
¿Presenta edemas?: <input type="checkbox"/> (SÍ / NO)		
Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> (SÍ / NO)		
Comentarios actividad: _____		
Comentarios edemas: _____		
Diagnóstico de Enfermería: _____		

### 5 PATRÓN DESCANSO / SUEÑO

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de Enfermería: \_\_\_\_\_

### 6 PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTIVO

¿Alteraciones sensoriales?:  (SÍ/NO) ¿Organos y ayudas?: \_\_\_\_\_  
 Presencia de dolor: EVA \_\_\_\_\_  
 Nivel EVA: \_\_\_\_\_ Estado de consciencia: \_\_\_\_\_  
 Localización y medidas a tomar: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de Enfermería: \_\_\_\_\_

### 7 PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de Enfermería: \_\_\_\_\_

### 8 PATRÓN ROL / RELACIONES

¿Necesita cuidador?:  (SÍ/NO) Cuidador principal: \_\_\_\_\_ ¿En contacto con los Serv. Sociales?:  (SÍ/NO)  
 Diagnóstico de Enfermería: \_\_\_\_\_

### 9 PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de Enfermería: \_\_\_\_\_

### 10 PATRÓN ADAPTACIÓN / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Comentarios: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico de Enfermería: \_\_\_\_\_

### 11 PATRÓN VALORES Y CREENCIAS

Comentarios: \_\_\_\_\_

### OTROS DISPOSITIVOS NO REFLEJADOS EN LA VALORACIÓN ANTERIOR

Dispositivo:	Tipo:	Calibre o código::	Fecha colocación:	Fecha cambio/retirada:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Comentarios al alta: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Informe Enfermero al alta realizado por: \_\_\_\_\_

18/05/2007 12:53:50

Firma: