

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

Procedencia: Apellidos y Nombre:
 Hora de ingreso: N° Historia:
 Centro de salud de referencia: Fecha de nacimiento:
 Persona de contacto: Edad:
 Telf. contacto: Unidad:
 Fecha de valoración: Cama:
 Enfermera:

CONSTANTES / DATOS ANTROPOMÉTRICOS / DIAGNÓSTICO MÉDICO

Talla: Peso: Fr.Card: Temp: TA: Sat O2 PC O2 IMC
 SC: PIC: P. Rad: MSD MID MSI MI Carótida:
 Diagnóstico médico:
 Otros datos de interés:

PATRÓN PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

Alergias: Vacunas:
 Antecedentes patológ:
 Medicación que toma:
 Hábitos no saludables:
 Dificultad para seguir Tto. médico (SÍ/NO) ¿Desea más información?: (SÍ/NO)
 Dificultad para seguir cuidados: (SÍ/NO)

PATRÓN NUTRICIONAL METABÓLICO

ALIMENTACIÓN
 Tipo de alimentación: Apetito: Dificultad para masticar: (SÍ/NO)
 Dispositivos y ayudas: Dieta habitual: Dificultad para deglutir: (SÍ/NO)
ESTADO DE PIEL Y MUCOSAS
 Piel: Mucosa: Signo pliegue cutáneo: Coloración:
 U.P.P. (SÍ/NO) Estadío U.P.P Dimensiones: Heridas:
 Edemas en:
 Otros datos de interés:

PATRÓN ELIMINACIÓN

Evacuación intestinal:
 Evacuación urinaria:
 Dispositivos y ayudas:
 Drenaje: (SÍ/NO) Tipo de drenaje:
 Fecha de colocación: Sudoración:
 Locacización drenaje:
 Otros datos de interés:



PATRÓN ACTIVIDAD / EJERCICIO

Situación habitual: Necesita ayuda para:
Inestabilidad marcha: Depende totalmente para:
¿Requiere dispositivo de ayuda o prótesis?: (SÍ/NO) ¿Cuales?:
Respiración: Valoración cambios TA y EKG:
Otros datos de interés:

PATRÓN SUEÑO / DESCANSO

Nº horas nocturnas: Hora a la que se va a descansar: Nº horas no nocturnas: ¿Le cuesta conciliar el sueño?: (SÍ/NO)
¿Se encuentra descansado despues de dormir?: (SÍ/NO) ¿Se despierta en medio del descanso? (SÍ/NO) Ayuda para dormir: (SÍ/NO)
Antecedentes de trastorno del sueño u otros datos de interés:

PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTIVO

Nivel de consciencia: Capacidades sensoriales alteradas: (SÍ/NO)
Nivel de orientación: Medidas correctoras:
Nivel de dolor EVA: Localización: Irrradiación:
Tipo de dolor: Ayudas dolor:
Otros datos de interés:

PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN / AUTOCONCEPTO

¿Tiene sensación de malestar, ansiedad, temor o amenaza?: (SÍ/NO) ¿Como es su estado de ánimo
¿Le preocupan los cambios funcionales o corporales?: (SÍ/NO)
¿Cómo se siente consigo mismo antes y después de estar enfermo u hospitalizado?:
Otros datos de interés:

PATRÓN FUNCIÓN / RELACIÓN

Comunicación: Profesión: ¿Trabaja?: (SÍ/NO)
¿Cual es la persona que más le puede ayudar?:
¿Vive solo?: (SÍ/NO) ¿Con quien vive?:
¿Que hace para entretenerse?:
Otros datos de interés:

PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN

MUJER ¿Influye la enfermedad en su sexualidad?: (SÍ/NO) ¿Usa algun método anticonceptivo? (SÍ/NO) ¿Tiene hijos? (SÍ/NO)
Nº embarazos: Nº partos: Abortos: Menarquia: Menopausia:
Sangado postmenopausico (SÍ/NO) ¿Puede estar embarazada ahora? (SÍ/NO) ¿Se realiza autoexamen de mamas? (SÍ/NO)
HOMBRE ¿Tiene problemas de prostata? (SÍ/NO) Secreciones: (SÍ/NO) Hemorragias: (SÍ/NO) Lesiones: (SÍ/NO)
Otros datos de interés:

PATRÓN AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

¿Tiene sensación habitual de estrés?: (SÍ/NO) ¿Se adaptará (paciente/familiar) al cambio (hospitalización/enfermedad)? (SÍ/NO)
¿Que hace para aliviar el estrés?: Otros datos de interés:

PATRÓN VALORES Y CREENCIAS

Durante su estancia en el hospital ¿necesita servicios religiosos?: (SÍ/NO) Religión:
¿Quiere visitas de alguna persona de su religión?: (SÍ/NO) Quién:

PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN

¿Protocolo de prevención de UPP?: (SÍ/NO) ¿Procololo de prevención de caídas?: (SÍ/NO)

Puntuación escala Downton:

Puntuación escala Norton: