

**NECESIDAD DE TRABAJAR/REALIZARSE:**
 Sin alteración observada
  Necesidad no valorable

 Trabaja
  Jubilado
  Ama de casa
  Invalidez permanente
  Estudiante
  Otros

 Influye el trabajo en su estado de salud
  Sensación habitual de estrés

Observaciones: .....

**NECESIDAD DE OCIO:**
 Sin alteración observada
  Necesidad no valorable

 Preferencias de ocio: .....

 Afirmación de que se aburre

Observaciones: .....

**NECESIDAD DE APRENDIZAJE:**
 Sin alteración observada
  Necesidad no valorable

 No ha recibido educación para la salud: .....
**NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN:**
 No sabe leer ni escribir

 Estudios Primarios

 Estudios Secundarios

 Formación Profesional

 Estudios Universitarios
**Tiene falta de información sobre su salud:**
 Medicación

 Autocuidados

 Enfermedad

 Medidas higiénico-dietéticas

 Signos de riesgo

 Manejo de material

 Recursos sanitarios

 Recursos sociales

 Presenta dificultad para el aprendizaje

 Pérdidas de memoria

Observaciones: .....

Fecha: ...../...../.....

Firma



**ETIQUETA**

**ENFERMERA REFERENTE:** .....

Unidad/Servicio: .....

Fecha: .....

Centro de Salud/Localidad: .....

Motivo de ingreso ..... Diagnóstico médico: .....

**VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA****NECESIDAD DE RESPIRACIÓN:**
 Sin alteración observada
  Necesidad no valorable

 Dificultad para respirar
  Fumador
  Oxígeno
  MARCAPASOS  
 Reposo
  Número de cigarrillos .....
  Inhaladores
  TOS  
 Esfuerzos moderados
  Desea dejar de fumar
  Aerosoles
  No productiva  
 Grandes esfuerzos
  Exfumador. Desde .....
  Edemas
  Productiva

Saturación de Oxígeno: ..... Frecuencia respiratoria: ..... Frecuencia cardíaca: ..... Tensión arterial: .....

Observaciones: .....

**NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN:**
 Sin alteración observada
  Necesidad no valorable

 Prótesis
 Dificultad para:
  Masticar
  Beber
  Deglutir
**ALIMENTACIÓN:**
 SNG  
 Parenteral  
 Ostomía
**CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LA ALIMENTACIÓN:**
 Completamente independiente  
 Requiere el uso de un equipo o dispositivo  
 Requiere ayuda de otra persona para supervisión y enseñanza  
 Requiere de otra persona y de un dispositivo  
 Dependiente

 Náuseas
  Vómitos

Dieta: .....

Consumo de líquidos: ..... litros/día

Alergias alimentarias: .....

 Desnutrición  
 Obesidad  
 Hábitos inapropiados  
 Se niega a comer  
 Alteración del peso en el último mes
**APETITO:**
 Normal
 Peso: .....  
 Aumentado
 Talla: .....  
 Disminuido
 IMC: .....

Observaciones: .....

**NECESIDAD DE ELIMINACIÓN:**
 Sin alteración observada
  Necesidad no valorable

Número y frecuencia de deposiciones .....

 Ayuda para la defecación .....
**CAPACIDAD FUNCIONAL PARA LA ELIMINACIÓN:**
 Completamente independiente  
 Requiere el uso de un equipo o dispositivo  
 Requiere ayuda de otra persona para supervisión y enseñanza  
 Requiere de otra persona y de un dispositivo  
 Dependiente

 CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA

 Puntuación de incontinencia de esfuerzo .....  
 Puntuación de incontinencia de urgencia .....

Tipo de heces .....

 Incontinencia fecal

 OSTOMÍA

 Autónomo  
 Necesita ayuda

 Retención de orina

 Pañal

 Colector desde ...../...../.....

 Sondaje vesical permanente

Tipo: ..... n.º .....

Fecha implantación/cambio ...../...../.....

 Drenajes .....

Observaciones: .....

