



Residència Geriàtrica i Centre de Dia

LLAR SANT JOSEP

Riera Basté, 48 - 08830 Sant Boi de Llobregat - Barcelona

Telèf. centr. 93 640 04 64 - Telèf. públic 93 640 14 45

Fax 93 630 57 63 - E-mail: llarsantjosep@yahoo.es

sol·licitud/certifimetgeingres

Cognoms	Nom	Edat
---------	-----	------

Aspectes de salut

1. Diagnòstics de malalties

Indiqueu solament la presència de malalties associades amb l'estat ACTUAL del pacient pel que fa a les activitats de la vida diària (AVD): estat cognitiu, estat de comportament, tractament mèdics i/o risc de mort.

1.A. Circulació <input type="checkbox"/> A.1. Insuficiència cardíaca <input type="checkbox"/> A.2. Cardiopatia Isquèmica <input type="checkbox"/> A.3. Alteracions del ritme cardíac <input type="checkbox"/> A.4. Hipertensió arterial <input type="checkbox"/> A.5. Multiinfart cerebral <input type="checkbox"/> A.6. AVC <input type="checkbox"/> A.7. TIA <input type="checkbox"/> A.8. Arteriopaties perifèriques <input type="checkbox"/> A.9. Transtorns venosos perifèrics 1.B. Neurològic <input type="checkbox"/> B.1. Malaltia d'Alzheimer <input type="checkbox"/> B.2. Altres Demències <input type="checkbox"/> B.3. Esclerosi múltiple <input type="checkbox"/> B.4. Malaltia de Parkinson 1.C. Pulmonar <input type="checkbox"/> C.1. Bronquitis crònica <input type="checkbox"/> C.2. Asma <input type="checkbox"/> C.3. Enfisema <input type="checkbox"/> C.4. Bronquièctasis	1.D. Ostearticular i teixit conjuntiu <input type="checkbox"/> D.1. Osteoporosi <input type="checkbox"/> D.2. Artrosi <input type="checkbox"/> D.3. Espondilosi i transtorns afins <input type="checkbox"/> D.4. Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> D.5. Fractura epifisial proximal al fèmur 1.E. Psiquiàtric / estat d'ànim <input type="checkbox"/> E.1. Depressió <input type="checkbox"/> E.2. Esquizofrènia <input type="checkbox"/> E.3. Psicosi maníaco-depressiva <input type="checkbox"/> E.4. Transtorns neuròtics 1.F. Altres <input type="checkbox"/> F.1. Diabetis <input type="checkbox"/> F.2. Hepatitis vírica <input type="checkbox"/> F.3. Altres malalties hèpato-vessiculars <input type="checkbox"/> F.4. Hipertiroidisme <input type="checkbox"/> F.5. Hipotiroidisme <input type="checkbox"/> F.6. Dislipèmia	<input type="checkbox"/> F.7. Anèmia <input type="checkbox"/> F.8. Insuficiència renal crònica <input type="checkbox"/> F.9. Hiperplàsia de pròstata <input type="checkbox"/> F.10. Hèrnia d'Hiatus <input type="checkbox"/> F.11. Úlcera gàstrica <input type="checkbox"/> F.12. Cataractes <input type="checkbox"/> F.13. Glaucoma <input type="checkbox"/> F.14. Enolisme crònic <input type="checkbox"/> F.15. Infecció per VIH G. Cap de les anteriors (indiqueu els diagnòstics) <input type="checkbox"/> G.1..... <input type="checkbox"/> G.2..... <input type="checkbox"/> G.3..... <input type="checkbox"/> G.4..... <input type="checkbox"/> G.5..... <input type="checkbox"/> G.6..... <input type="checkbox"/> G.7..... <input type="checkbox"/> G.8.....
--	---	--

2. Estabilitat de l'estat de salut

<input type="checkbox"/> 2.A. L'estat de salut de la persona gran és estable en relació amb totes les malalties i intervencions enumerades o no té cap malaltia.
<input type="checkbox"/> 2.B. L'estat de salut de la persona gran, malgrat complir correctament les prescripcions terapèutiques, no està estabilitzat en relació amb els signes i símptomes de totes les malalties i/o intervencions enumerades. (No s'ha de tenir en compte l'evolució natural de les malalties progressives) Indiqueu quines no estan estabilitzades.....

3. Intervencions terapèutiques

3.A. Medicació (indiqueu la medicació actual i dosi)

3.B. Necessita una dieta específica
 Quina.....

3.C. Se li ha de practicar algun tipus de CURA i pot ser realitzada per algun familiar o una altra persona previamente instruïda.

3.D. Se li ha de practicar algun tipus de tècnica sanitària (ex.: injectables, cures, etc.) que ha de realitzar un professional

3.D.1. Se li ha de practicar una tècnica sanitària diverses vegades al dia?
 NO
 SÍ Quina.....

3.D.2. Se li han de practicar diferents tècniques sanitàries al dia?
 SÍ NO

3.E. Presenta malalties o processos rehabilitables de menys de 9 mesos d'evolució?
 SÍ NO

3.F. Necessitat de cures

F.1. Úlceres per pressió
 F.2. Úlceres vasculars
 F.3. Ferides quirúrgiques
 F.4. Cremades
 F.5. Altres lesions de la pell. Indiqueu quines.....
 F.6. Administració medicamentosa parenteral. Indiqueu quina.....
 F.7. Altres necessitats de cures. Indiqueu quines.....



<p><input type="checkbox"/> 4.A. Caigudes repetides (en els últims 30 dies)</p> <p><input type="checkbox"/> 4.B. Pèrdua de pes superior al 10 % en els últims 6 mesos</p> <p><input type="checkbox"/> 4.C. Obesitat</p> <p><input type="checkbox"/> 4.D. Al·lèrgia. Especifiqueu a què.....</p> <p><input type="checkbox"/> 4.E. Dispnea en repòs</p> <p><input type="checkbox"/> 4.F. Vertígen</p> <p><input type="checkbox"/> 4.G. Agitació psicomotora</p> <p><input type="checkbox"/> 4.H. Alteració del ritme del son</p> <p><input type="checkbox"/> 4.I. Dolor agut (en els últims 30 dies)</p>	<p><input type="checkbox"/> 4.J. Dolor osteoarticular crònic</p> <p><input type="checkbox"/> 4.K. Altres àlgies. Especifiqueu quines: </p> <p><input type="checkbox"/> 4.L. Dèficit visual</p> <p><input type="checkbox"/> 4.M. Dèficit auditiu</p> <p><input type="checkbox"/> 4.N. Hemiparèsia / hemiplègia</p> <p><input type="checkbox"/> 4.O. Incontinència urinària</p> <p><input type="checkbox"/> 4.P. Incontinència anal</p> <p><input type="checkbox"/> 4.R. Altres problemes. Especifiqueu quins: </p>
--	---

Informe emès pel metge.....
 Col·legiat/da núm.....
 Que presta els seus serveis a:
 Dependència / Servei..... Telèfon.....
 Municipi..... Codi postal.....

Signatura

Data.....