

## INFORME DE RESULTADOS DE CUIDADOS

**Paciente:** Nombre, apellidos

**NIF**

**Centro de Salud**

ESTADO NUTRICIONAL	Inadecuada	Ligeramente adecuada	Moderadamente adecuada	Sustancialmente adecuada	Completamente adecuada
■ Ingestión alimentaria	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
■ Ingestión de líquidos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
INTEGRIDAD DE LA PIEL, MEMBRANAS Y MUCOSAS	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
■ Piel intacta	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
HIGIENE	Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido
■ Mantiene una apariencia pulcra <sup>(1)</sup>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
■ Sigue la pauta prescrita <sup>(2)</sup>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
NIVEL DE COMODIDAD	No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
■ Entorno físico <sup>(3)</sup>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
■ Control del dolor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
CAÍDAS (en los últimos 6 meses)	mayor de 10	7 a 9	4 a 6	1 a 3	Ninguna
■ Número de caídas en la cama/sentado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
■ Número de caídas caminando	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR FAMILIAR	Intenso	Sustancial	Moderado	Ligero	Ninguno
■ Limitaciones físicas del cuidador	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
■ Limitaciones psicológicas del cuidador	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
■ Limitaciones cognitivas del cuidador	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
■ Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

(1) Higiene bucal, higiene de cama, cambios de pañales con frecuencia adecuada, uñas, pelo, etc.

(2) Medicamentos y resto de medidas terapéuticas y preventivas.

(3) Temperatura, limpieza habitación y resto, barreras físicas. etc.

**Fecha:**

**Enfermero/a:**