



PROGRAMA DE REGISTRO 2014 (MEDICINA DE FAMILIA)

CALIDAD DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EUROPA

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Se incluirán a los Paciente del cupo de un médico de familia cuyo fallecimiento haya certificado, o del que tenga constancia por otra vía*.
- Edad de 18 años o más en el momento de la defunción.

* Ejemplo: paciente que fallece en el hospital o en una residencia asistida y cuyo certificado se extiende por el médico de la institución, pero que se comunica al médico de familia y se dispone de información sobre el fallecido para completar el cuestionario.

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA FICHA:

- Se ha añadido, al cuestionario de 2014, la tabla de 'transiciones' (pregunta 8) y las 24,25 y 26.
- Cumplimente un cuestionario por cada fallecido que cumpla los criterios de la definición. Conserve la copia de color y envíe la blanca al Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social por los medios habituales.
- Identifique con un número correlativo o el que Ud. desee cada cuestionario. Le servirá para recuperar información en su copia y verificar algún dato en caso necesario.
- Marque cada casilla con una cruz o señale con un círculo el número de la respuesta más adecuada a la pregunta. Escriba con letras mayúsculas aquellas respuestas que así lo requieran.
- Ejemplo de cumplimentación de la pregunta 8: paciente que fallece en el hospital, donde ha permanecido 6 días. Previamente había estado en su casa 1 mes. Previamente había estado hospitalizado 3 días. Previamente había estado en su casa.

	En casa o en familia	Residencia (asistida o no)	Hospital (no en CP)	Cuidados paliativos hospital	Otro (especificar)
1 Lugar de defunción y duración de estancia	___ días	___ días	<u>6</u> días	___ días	___ días
2 Lugar de residencia anterior y duración estancia	<u>30</u> días	___ días	___ días	___ días	___ días
3 Lugar de residencia anterior y duración estancia	___ días	___ días	<u>3</u> días	___ días	___ días
4 Lugar de residencia anterior y duración estancia	<u>51</u> días	___ días	___ días	___ días	___ días

Nótese que $6 + 30 + 3 + 51 = 90$

NIVELES DE CONTACTO

* Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social: Sr. Jefe de la Sección de Epidemiología.

* Dirección General de Salud Pública°. Pº de Zorrilla 1. 47071 VALLADOLID.

A. Tomás Vega Alonso (vegaloto@jcy.l.es) Telf.: 983 413600 Ext. 806358 y Milagros Gil Costa (gilcosmi@jcy.l.es) Ext. 806359. Fax: 983 413745