

## INFORME DE SALUT SERVEIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA MUNICIPAL

### Dades de la persona sol·licitant:

Cognoms:	Nom:
NIF:	Data naixement:
Adreça:	

Indiqueu només la presència de malalties associades amb l'estat ACTUAL del beneficiari/a pel que fa a les activitats de la vida diària (AVD): estat cognitiu, estat de comportament, tractament mèdic i/o risc de mort. **NO TINGUEU EN COMPTE** els diagnòstics antics o inactius que hagin estat resolts o no afectin ja a la capacitat funcional del beneficiari/a o al pla de cures.

<p><b>1.A Circulació</b></p> <p><input type="checkbox"/> A.1 insuficiència cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> A.2 Cardipària isquèmica</p> <p><input type="checkbox"/> A.3 Alteracions del ritme cardíac</p> <p><input type="checkbox"/> A.4 Hipertensió arterial</p> <p><input type="checkbox"/> A.5 Multiinfart cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> A.6 AVC (segons escala Barthel)</p> <p style="margin-left: 20px;">6.1 80 % a 100 % <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">6.2 60 % a 80 % <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">6.3 &gt;60 % <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> A.7 T.I.A.</p> <p><input type="checkbox"/> A.8 Arteriopaties perifèriques</p> <p><input type="checkbox"/> A.9 Transtorns venosos perifèriucs</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>B.3 Parkinson</b></p> <p>Absència de signes patològics <input type="checkbox"/></p> <p>Afecció unilateral <input type="checkbox"/></p> <p>Afecció bilateral sense deterior de l'equilibri <input type="checkbox"/></p> <p>Afecció bilateral amb deterior de l'equilibri <input type="checkbox"/></p> <p>Incapacitat greu <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Confinat al llit <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <b>B.4 Atàxia</b></p> <p>Absència de signes patològics <input type="checkbox"/></p> <p>Afecció unilateral <input type="checkbox"/></p> <p>Afecció bilateral sense deterior de l'equilibri <input type="checkbox"/></p> <p>Afecció bilateral amb deterior de l'equilibri <input type="checkbox"/></p> <p>Incapacitat greu <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Confinat al llit <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>1.E Psiquiàtric / estat d'ànim</b></p> <p><input type="checkbox"/> E.1 Depressió</p> <p><input type="checkbox"/> E.2 Hepatitis Vírica</p> <p><input type="checkbox"/> E.3 Psicosi maniaco-depressiva</p> <p><input type="checkbox"/> E.4 Transtorns neuròtics</p> <p><b>1.F Altres</b></p> <p><input type="checkbox"/> F.1 Diabetis</p> <p><input type="checkbox"/> F.2 Hepatitis vírica</p> <p><input type="checkbox"/> F.3 Altres malalties hepato-vesciculars</p> <p><input type="checkbox"/> F.4 Hipertiroidisme</p> <p><input type="checkbox"/> F.5 Hipotiroidisme</p> <p><input type="checkbox"/> F.6 Dislipèmia</p> <p><input type="checkbox"/> F.7 Anèmia</p> <p><input type="checkbox"/> F.8 Insuficiència renal crònica</p> <p><input type="checkbox"/> F.9 Hiperplàsia de pròstata</p> <p><input type="checkbox"/> F.10 Hèrnia d'hiatus</p> <p><input type="checkbox"/> F.11 Úlcera gàstrica</p> <p><input type="checkbox"/> F.12 Cataractes</p> <p><input type="checkbox"/> F.13 Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> F.14 Enolisme crònic</p> <p><input type="checkbox"/> F.15 Infecció per VIH</p> <p><b>G. Cap de les anteriors (indiqueu diagnòstics en majúscules)</b></p> <p><input type="checkbox"/> G.1 ..... <input type="checkbox"/> G.5 .....</p> <p><input type="checkbox"/> G.2 ..... <input type="checkbox"/> G.6 .....</p> <p><input type="checkbox"/> G.3 ..... <input type="checkbox"/> G.7 .....</p> <p><input type="checkbox"/> G.4 ..... <input type="checkbox"/> G.8 .....</p>
<p><b>1.B Neurològic</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>B.1 Malaltia d'Alzheimer i altres dehemències</b></p> <p>Grau d'afectació:   Lleu   <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 100px;">Moderada   <input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 100px;">Severa   <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <b>B.2 Esclerosi múltiple</b></p> <p>No té dificultat per caminar <input type="checkbox"/></p> <p>Té dificultat per caminar 500 m <input type="checkbox"/></p> <p>Té dificultat per caminar 300 m <input type="checkbox"/></p> <p>Té dificultat per caminar 200 m <input type="checkbox"/></p> <p>Té dificultat per caminar 100 m <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Té dificultat per caminar 25 m <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>No poc caminar més de 5 m. <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p><b>1.C Pulmonar</b></p> <p><input type="checkbox"/> C.1 Bronquitis crònica</p> <p><input type="checkbox"/> C.2 Asma</p> <p><input type="checkbox"/> C.3 Enfisema</p> <p><input type="checkbox"/> C.4 Bronquièctasis</p> <p><b>1.D Osteoarticular i teixit conjuntiu</b></p> <p><input type="checkbox"/> D.1 Osteoporosi</p> <p><input type="checkbox"/> D.2 Artrosi</p> <p><input type="checkbox"/> D.3 Espondiloso i transtorns afins</p> <p><input type="checkbox"/> D.4 Artritis reumatoide</p> <p><input type="checkbox"/> D.5 Fractura epifisial pròxima al fèmur</p>	

Aspectes discriminants per poder rebre el servei de menjar a domicili, si es tracta d'una persona sola

## 2. Intervencions terapèutiques

2.A Medicació (indiqueu la medicació actual, via d'administració i dosi)

3.B Imprescindible marcar la dieta que necessita:

		Textura		
		Normal	Tova (Fàcil mastiació)	Triturada (Fàcil deglució/digestió)
Tipus de dieta	Hiposòdica / Basal			
	Diabètica			
	Dislipèmia			
	Hipocalòrica			
	Hipertensa Sense sal estricta			
	Dietes per a patologies específiques			

## 3. Problemes de Salut:

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

## Aspectes de l'autonomia personal

### 1. Activitats bàsiques de la vida diària (ABVD)

<b>Menjar</b>	Punts	<input type="text"/>	<b>Vestir-se</b>	Punts	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Independent	10		<input type="checkbox"/> Independent	10	
<input type="checkbox"/> Amb ajuda	5		<input type="checkbox"/> Amb ajuda	5	
<input type="checkbox"/> Dependent	0		<input type="checkbox"/> Dependent	0	
<b>Rentar-se</b>	Punts	<input type="text"/>	<b>Arreglar-se</b>	Punts	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Independent	5		<input type="checkbox"/> Independent	5	
<input type="checkbox"/> Dependent	0		<input type="checkbox"/> Dependent	0	
<b>Deposicions</b>	Punts	<input type="text"/>	<b>Micció</b>	Punts	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Continent	10		<input type="checkbox"/> Continent	10	
<input type="checkbox"/> Ocasional	5		<input type="checkbox"/> Ocasional	5	
<input type="checkbox"/> Incontinent	0		<input type="checkbox"/> Incontinent	0	
<b>Ús de WC</b>	Punts	<input type="text"/>	<b>Pujar i baixar escales</b>	Punts	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Independent	10		<input type="checkbox"/> Independent	10	
<input type="checkbox"/> Amb ajuda	5		<input type="checkbox"/> Amb ajuda	5	
<input type="checkbox"/> Dependent	0		<input type="checkbox"/> Dependent	0	
<b>Trasllat sofà-llit</b>	Punts	<input type="text"/>	<b>Deambulació</b>	Punts	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Independent	15		<input type="checkbox"/> Independent per caminar 50 m.	15	
<input type="checkbox"/> Mínima ajuda	10		<input type="checkbox"/> Necessita ajuda per caminar 50 m.	10	
<input type="checkbox"/> Gran ajuda	5		<input type="checkbox"/> Independent en cadira de rodes	5	
<input type="checkbox"/> Dependent	0		<input type="checkbox"/> Dependent	0	
Puntuació total		<input type="text"/>			

### 2. Avaluació cognitiva

#### Test d'avaluació cognitiva

Marqueu amb un 1 la resposta acceptable i amb un 0 la no acceptable

- 0  1 1. Quina data és avui ?
- 0  1 2. Quin dia de la setmana ?
- 0  1 3. En quin lloc us trobeu ?
- 0  1 4. Digueu-me el número de telèfon (o adreça si no en teniu)
- 0  1 5. Digueu-me l'edat
- 0  1 6. Quina és la data del vostre naixement ?
- 0  1 7. Digueu el nom del president del govern actual
- 0  1 8. Quin és el nom del president anterior?
- 0  1 9. Digueu els dos cognoms de la vostra mare
- 0  1 10. Resteu 3 de 20 i continueu restant 3 de cada número resultant fins acabar

Puntuació total

**Informació complementària sobre l'estat de salut:**

Poseu tota la informació referent a l'estat de salut que cregueu que sigui d'interès i no hagi estat objecte d'atenció en aquest qüestionari

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Identificació del professional de salut:**

Informe èmes pel metge/essa: .....

Col·legiat/da núm. .... de: .....

Que presta els seus serveis a:

Dependència /servei: ..... Telèfon: .....

Municipi: ..... Codi Postal: .....

Signatura metge/essa i segell d'identificació sanitària

Data: .....