

INFORME DE DERIVACIÓN A ENFERMERA HOSPITALARIA DE ENLACE



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Fecha de derivación: ____/____/20__

Derivado por: _____

Fecha de respuesta: ____/____/20__

Nombre:	Edad:	Cama:
Vive solo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre cuidador familiar:	Parentesco:	

MOTIVO DE INGRESO: _____ **Reingreso precoz (< 30 días):** Si No

POBLACIÓN DIANA:

<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS	<input type="checkbox"/> ATENCIÓN AL PROCESO PLURIPATOLÓGICO	<input type="checkbox"/> DEMENCIAS
<input type="checkbox"/> FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO	<input type="checkbox"/> ATAQUE CEREBROVASCULAR	<input type="checkbox"/> VIH-SIDA
<input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDIACA	<input type="checkbox"/> TRASTORNO MENTAL GRAVE	<input type="checkbox"/> EPOC
<input type="checkbox"/> OTROS (especificar) _____		

NECESIDADES BASICAS ALTERADAS
(debe cumplirse al menos 4 de estos 6 criterios o 3 si uno de ellos es el de comunicación)

ALIMENTACIÓN: <input type="checkbox"/> Requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo <input type="checkbox"/> Dependiente	HIGIENE Y PIEL: <input type="checkbox"/> Requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo <input type="checkbox"/> Dependiente
VESTIRSE Y DESVESTIRSE: <input type="checkbox"/> Requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo <input type="checkbox"/> Dependiente	SEGURIDAD: <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/> Comatoso
NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN: <input type="checkbox"/> Situación habitual sillón-cama o encamado <input type="checkbox"/> Requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo <input type="checkbox"/> Dependiente	COMUNICACION: <input type="checkbox"/> No tiene cuidador principal <input type="checkbox"/> Su cuidador no proporciona apoyo, consuelo, ayuda, estímulo

Recursos / ayudas previos y posteriores:

<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Silla ruedas	<input type="checkbox"/> Cama articulada	<input type="checkbox"/> No ha iniciado ayudas / recursos
<input type="checkbox"/> Espesante	<input type="checkbox"/> Suplementos	<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica	<input type="checkbox"/> Colchón antiescaras
<input type="checkbox"/> Pañales	<input type="checkbox"/> Sonda urinaria	<input type="checkbox"/> OCD	<input type="checkbox"/> Medidor / tiras glucemia
<input type="checkbox"/> Teleasistencia	<input type="checkbox"/> Asistencia domiciliaria	<input type="checkbox"/> Centros de día	<input type="checkbox"/> Fisioterapia / Rehabilitación
<input type="checkbox"/> Visados tratamientos especiales (especificar): _____			
<input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____			

A cumplimentar por Enfermera Gestora de Casos

INTERVENCIONES AL PACIENTE Y/ O CUIDADOR:

<input type="checkbox"/> 5230 Aumentar el afrontamiento	<input type="checkbox"/> 5440 Aumentar los sistemas de apoyo	<input type="checkbox"/> 5250 Apoyo en la toma de decisiones
<input type="checkbox"/> 5550 Educación sanitaria	<input type="checkbox"/> 5612 Enseñanza actividad /ejercicio prescrito	<input type="checkbox"/> 5614 Enseñanza dieta prescrita
<input type="checkbox"/> 5616 Enseñanza medicamentos	<input type="checkbox"/> 5602 Enseñanza proceso de enfermedad	<input type="checkbox"/> 7400 Guías del sistema sanitario
<input type="checkbox"/> 3540 Prevención de UPP	<input type="checkbox"/> 3200 Precauciones para evitar la aspiración	<input type="checkbox"/> 6490 Prevención de caídas
<input type="checkbox"/> 7040 Apoyo al cuidador principal	<input type="checkbox"/> 7110 Fomento de la implicación familiar	<input type="checkbox"/> 7140 Apoyo a la familia
<input type="checkbox"/> 7370 Planificación del alta	<input type="checkbox"/> 6485 Manejo ambiental: preparación del hogar	
<input type="checkbox"/> 8100 Derivación (especificar): _____		
<input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____		

GESTIONES DE COORDINACIÓN:

<input type="checkbox"/> Gestión de material ortoprotésico	<input type="checkbox"/> Gestión de citas	<input type="checkbox"/> Gestión de recetas y medicación	<input type="checkbox"/> Gestión de fungibles
<input type="checkbox"/> Gestión circuitos y material para nutrición domiciliaria	<input type="checkbox"/> Gestión circuitos y material de asistencia respiratoria domiciliaria		
<input type="checkbox"/> Contactos con ECE para gestión del caso	<input type="checkbox"/> Gestión de traslado		
<input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____			

OBSERVACIONES: