

LISTADO DE VERIFICACIÓN VÍA CLÍNICA ALTA HOSPITALARIA PACIENTE COMPLEJO CON INSUFICIENCIA CARDIACA

ENFERMERA DE FAMILIA

NOMBRE PACIENTE	
NUHSA	
TELÉFONO	
NOMBRE CUIDADORA	
MÉDICO DE FAMILIA	

Observaciones:

Fecha alta hospitalaria	
Fecha derivación	
Índice Profund	
Fecha realización visita domiciliaria EGC	
Situación del paciente	Estable
Comunicación y coordinación con médico de familia	
Comunicación y coordinación con EGCAP	

SEGUIMIENTO TRAS 15 DÍAS DEL ALTA			SEGUIMIENTO TRAS 1º MES DEL ALTA	SEGUIMIENTO TRAS 2º MES DEL ALTA	SEGUIMIENTO TRAS 3º MES DEL ALTA
Fecha de seguimiento					
Modalidad de seguimiento	Telefónico				
	Consulta				
	Visita domiciliaria				
Cuestionario de autocuidado					
Cuestionario MLHFQ (calidad de vida)		NO	NO	ENTREGAR	RECOGER
Gestión eficaz de su propia salud					
Control y adherencia al tratamiento					
Educación sanitaria					
Vacunación anual					
Existencia de cuidador capacitado					
Síntomas de descompensación					
Síntomas graves de descompensación					
Biomedidas en rango de gravedad					
Situación del paciente	Estable				
	Riesgo potencial				
	Problemas graves				
Derivación a médico en 24 horas por riesgo potencial					
Derivación a médico antes de 24 horas por problemas graves					
Derivación a EGC por problemas graves para gestión del caso					
Comunicación y coordinación con médico de familia					
Comunicación y coordinación con EGCAP					