

DOCUMENTO ÚNICO DE DERIVACIÓN A SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ADULTOS

Fecha de derivación:	TIPO DE SOLICITUD: Urgente*: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
EQUIPO AL QUE SE DERIVA:	<input type="checkbox"/> ESAD/AECC	<input type="checkbox"/> ESH	<input type="checkbox"/> UCCP
* En solicitud urgente contactar por tfno con equipo			
Datos administrativos del paciente	F.N.:	Sexo:	DNI:
Nombre y apellidos:	Nº Hª:	Domicilio:	Población:
Nº S S:	CIPAUTO:	Teléfono:	
Centro de Salud de referencia:	Médico:	Enfermera:	T. Social:
Profesionales de referencia del EAP			Psicólogo:
Telf de contacto:			

Diagnóstico principal:.....

Motivo de derivación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Control de síntomas y cuidados especiales | <input type="checkbox"/> Apoyo psicológico |
| <input type="checkbox"/> Apoyo socio-familiar | <input type="checkbox"/> Ingreso en cama |
| <input type="checkbox"/> Planificación del alta | <input type="checkbox"/> Otros |

Historia oncológica: (rellenar en caso de enfermedad oncológica en situación avanzada y/o terminal)

TIPO DE TUMOR: Fecha dgco:.....
 METASTASIS: SI NO CIRUGÍA: SI NO
 Donde:
 QUIMIOTERAPIA : SI NO RADIOTERAPIA: SI NO
 Se ha desestimado tratamiento activo curativo SI NO

Historia no oncológica: (rellenar en caso de enfermedad no oncológica en situación avanzada y/o terminal)

3 ó más ingresos en los últimos 3 meses SI NO

INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA	Síntomas De ICC en reposo a pesar del tratamiento adecuado	<input type="checkbox"/>																
	Clase IV NYHA	<input type="checkbox"/>																
	Fracción de eyección < 20%	<input type="checkbox"/>																
ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRONICA AVANZADA	Enfermedad avanzada (FEV1 < 30%)	<input type="checkbox"/>																
	Presencia de cor pulmonar o fallo cardíaco dcho.	<input type="checkbox"/>																
	Hipoxemia de reposo a pesar de OCD (pO2<55 ó Sat O2<88)	<input type="checkbox"/>																
	Hipercapnia \geq 50	<input type="checkbox"/>																
	Taquicardia en reposo > 100 lpm.	<input type="checkbox"/>																
INSUFICIENCIA HEPATICA EN SITUACIÓN AVANZADA	Estadio C de Child-pugh	<input type="checkbox"/>																
INSUFICIENCIA RENAL EN SITUACIÓN AVANZADA	Aclaramiento de creatinina < 10 ml/min(<15ml/min para diabético)	<input type="checkbox"/>																
	Niveles de creatinina sérica > 8mgr/dl (6mg/dl para diabéticos)	<input type="checkbox"/>																
DEMENCIAS versus DETERIOROS COGNITIVOS	Dependencia absoluta para ABVD + lenguaje < 6 palabras + MEC < 6	<input type="checkbox"/>																
	Presencia de complicaciones / comorbilidad en el último año(especificar) :																	
	<table border="1"> <tr> <td>Pielonefritis u otras infecciones del tracto urinario</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fiebre recurrente tras antibioterapia</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neumonía por aspiración</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sepsis</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>UPP múltiples grado III-IV</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nutrición artificial</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Paciente que recibiendo hidratación/nutrición artificial no tiene nutrición adecuada.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Dificultad para deglutir o negativa a comer</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pielonefritis u otras infecciones del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	Fiebre recurrente tras antibioterapia	<input type="checkbox"/>	Neumonía por aspiración	<input type="checkbox"/>	Sepsis	<input type="checkbox"/>	UPP múltiples grado III-IV	<input type="checkbox"/>	Nutrición artificial	<input type="checkbox"/>	Paciente que recibiendo hidratación/nutrición artificial no tiene nutrición adecuada.	<input type="checkbox"/>	Dificultad para deglutir o negativa a comer	<input type="checkbox"/>	
Pielonefritis u otras infecciones del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	Fiebre recurrente tras antibioterapia	<input type="checkbox"/>															
Neumonía por aspiración	<input type="checkbox"/>	Sepsis	<input type="checkbox"/>															
UPP múltiples grado III-IV	<input type="checkbox"/>	Nutrición artificial	<input type="checkbox"/>															
Paciente que recibiendo hidratación/nutrición artificial no tiene nutrición adecuada.	<input type="checkbox"/>	Dificultad para deglutir o negativa a comer	<input type="checkbox"/>															
	Calidad de los cuidados:																	
ELA, ACV Y OTRAS ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS	<input type="checkbox"/>	SIDA <input type="checkbox"/>																

Historia actual: (Antecedentes personales y quirúrgicos de interés, *Evolución, Exploración física, Tratamiento actual y tratamientos fallidos*)

Diagnósticos NANDA:

Identificación de necesidades físicas:

Indicar síntoma principal:

- Dolor Delirium Vómitos
 Disnea Astenia Efectos secundarios
 Otros

Valoración funcional y cognitiva:

- Deterioro funcional reciente: SI NO
Barthel actual: PPS actual: %
Deterioro cognitivo reciente: SI NO

Cuidados de:

- SNG Ostomías Sonda vesical
 Sonda PEG Drenajes Fístulas
 Heridas OCD Reservorio subc
 UPP..... Úlcera tumoral

Pronóstico vital esperado:

- Días Semanas Meses

Identificación de necesidades Psíquico-emocionales:

- Tristeza Ansiedad Hostilidad
 Miedo Depresión
 Claudicación emocional del cuidador
 Otros:

Información:

- El paciente conoce: Diagnóstico Pronóstico
El cuidador conoce: Diagnóstico Pronóstico
Instrucciones previas: SI NO
Pacto de silencio: SI NO

Identificación de necesidades Espirituales:

- ¿Por qué a mí? Culpabilidad
 Baja autoestima Angustia vital
 Otros:

Identificación de necesidades Socio-familiares:

Paciente:

- Unidad de convivencia: ...
 Dependientes a su cargo
 Precisa adaptación de la vivienda
Recibe:
 Ayuda externa pública Ayuda externa privada
.....
Lugar de preferencia del paciente para su cuidado:
 Domicilio Hospital
 Unidad de camas de Cuidados Paliativos
 No valorado

Cuidador principal:

- Nombre:
Parentesco: Edad:
Sobrecarga: SI NO
Posibilidad de mantener el cuidado en domicilio:
 SI NO

Datos del equipo que deriva al paciente

Médico responsable: Enfermera responsable:

Centro:

Servicio:

Tel.:

Fax:

e-mail:

Madrid a de del 20

Fdo: