



INFORME ENFERMERO AL ALTA



DATOS GENERALES:	
• Nombre(s) apellidos: _____	N.º IF Clínico: _____
• Hospital: _____	Unidad de hospitalización: _____ Centro de destino: _____
• Fecha de ingreso: _____	Fecha de alta: _____
• Motivo de ingreso: _____	Diag. Médico: _____
 de contacto con el paciente: _____ con la Unidad de Hospitalización: _____	
<b>1 PATRÓN PATENTE DE SEGURIDAD DE LA ALTA:</b>	
Alergias: _____ Deficiencias vitamínicas: _____ Hábitos de saludables: <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Adicciones <input type="checkbox"/>	
Conocimiento del paciente de sus diagnósticos/problemas: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL	Conocimiento de la familia del diagnóstico/problema del paciente: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL
Conocimiento del paciente de sus cuidados: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL	Conocimiento de la familia sobre cuidados: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PARCIAL
Recibirá recomendaciones de alta sobre: _____	
<b>2 PATRÓN NUTRICIONAL/ABSORCIÓN:</b>	
<input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Dieta Nutricional por defecto/exceso c/s <input type="checkbox"/> Alteración de la digestión c/s <input type="checkbox"/> Riesgo de aspiración c/s Dieta y Digestión parenteral: _____	Índice aptitud y digestión: _____  Fecha valoración: _____
<input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Alteración de la integridad cutánea c/s Tipo de lesión: <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Quemadura <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> _____ Indicar localización, estado y/o medidas preventivas: _____	Localidad: <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Pélvica
	
<b>3 PATRÓN ELIMINACIÓN:</b>	
<input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Lactancia c/s <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Litiasis c/s <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Estreñimiento c/s <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Diarrea c/s	Digestión: <input type="checkbox"/> Cálculo <input type="checkbox"/> Absorbente <input type="checkbox"/> S. vesical; fecha: _____
Comentarios: _____	
<b>4 PATRÓN ACTIVIDAD/ EJERCICIO:</b>	
<input type="checkbox"/> Déficit de autoconcepto Alimentación: <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia total Riego: <input type="checkbox"/> Necesita ayuda <input type="checkbox"/> Dependencia total	Actividad: <input type="checkbox"/> Reposo <input type="checkbox"/> Cama <input type="checkbox"/> Mov. cama <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> SÍ/NO <input type="checkbox"/> Ayudar <input type="checkbox"/> Fines <input type="checkbox"/> S. de rodar Ortoprotector: _____
<input type="checkbox"/> Déficit de la movilidad física c/s Comentarios: _____	
<input type="checkbox"/> Empatía (deficiencia de las vías aéreas) c/s <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Alteración de la actividad c/s Frecuencia: <input type="checkbox"/> Tercera c/s <input type="checkbox"/> Cuarta c/s Cardiovascular: <input type="checkbox"/> Tercera c/s <input type="checkbox"/> Cuarta c/s	Comentarios: _____

<b>5 PATRÓN DESCANSO/DUEÑO:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Detectar el patrón del sueño etc:</b> Comentarios: (indicar apneas)			
<b>6 PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTIVO:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Detectar de la consciencia verbal etc:</b> Comentarios:			
Alteraciones sensoriales <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, indicar degree, agudas y dispositivos			
Presencia de dolores: Localización y medidas a tomar:			
<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Agudo			
Estado de conciencia: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Colaborador <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> No colaborador <input type="checkbox"/>			
<b>7 PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO:</b>			
Manifestaciones del paciente: <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Deprimido <input type="checkbox"/> Desesperado <input type="checkbox"/>			
Comentarios:			
<b>8 PATRÓN ROL/RELACIONES:</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Aislamiento social etc:</b> En contacto con Ser. Sociales: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Necesita cuidados: <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Camarero en el desempeño del rol del cuidador etc:			
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Ciudadía principal:			
Formación del cuidador: <input type="checkbox"/> Por escrito: recomendaciones al alta. <input type="checkbox"/> De forma práctica: durante su estancia en el Hospital.			
Comentarios:			
<b>9 PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN:</b>			
Se procede: IF ginecológica <input type="checkbox"/> Fecha última regla: <input type="checkbox"/> Menopausia: <input type="checkbox"/> Menopausia:			
<input type="checkbox"/> <b>Difusión sexual etc:</b>			
<b>10 PATRÓN ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS:</b>			
<input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Síndrome de estrés del traslado etc:			
Manifestaciones del paciente: <input type="checkbox"/> Violento <input type="checkbox"/> Nervioso <input type="checkbox"/> Retenido <input type="checkbox"/>			
<b>11 PATRÓN VALORES/CREENCIAS:</b>			
<input type="checkbox"/> Alzado: Comentarios:			
OTROS DISPOSITIVOS NO REFLEJADOS EN LA VALORACIÓN ANTERIOR			
DISPOSITIVO	TIPO	CAMBIOS O CORRIGIR	FECHA DE COLOCACIÓN:

**COMENTARIOS DE INTERÉS AL ALTA/TRASLADO DEL SERVICIO:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informe de Enfermería al alta realizado por: \_\_\_\_\_

Finna: \_\_\_\_\_ A de \_\_\_\_\_ de 200