***GUIA PARA LA CONFECCIÓN DE UN PLAN DE ATENCIÓN APLICANDO LAS ETAPAS DE VALORACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)***

1. VALORACIÓN

RECOLECCIÓN DE DATOS (FUENTE PRIMARIA Y/O SECUNDARIA)

1. Apellido y Nombre……………………………..Edad………….Sexo………….Estado Civil……………………

Servicio……………..Cama………….Fecha de ingreso……………. Fecha de atención……………………

Nacionalidad……………………..Procedencia…………………..Domicilio actual……………………………

Escolaridad……………………………Ocupación…………………………Obra social……………………………

Grupo familiar………………………………………………………………………………………………………………

Motivo de Ingreso…………………………………………………………………………………………………………

Diagnóstico médico………………………………………………………………………………………………………

Otros problemas de Salud…………………………………Antec. Qurúrgicos…………………………………

Antecedentes de enfermedad…………………………………………………………………………………………

Alergias………………………………..DBT……………..HTA…………………………Otros………………………

Síntomas principales y problemas que refiere durante la entrevista……………………………………………………………………………………………………………………

1. Examen clínico de enfermería (observación gral, interrogatorio, signos y síntomas, examen físico cefalocaudal y por aparatos y sistemas)
2. DATOS DE OXIGENACIÓN Y PERFUSIÓN

Respiración: FR……Ritmo…………….Intensidad……..……Profundidad…………..Simetría…………………

Patrón………………….V.A permeable…………………………..Secreciones………………….Tos…………………

Expectoración…………………..hipoventilación………………….Uso de Musc. Accesorios……………………

Disnea………..………………Sibilancias………...……..……..Crepitantes….……….……….……………………....

Roncus………………………..Murmullo vesicular………………….oxigenoterapia…………………………………

Máscara de Venturi…………………….Cánula nasal……….………..Traqueostomía……………………………

Drenaje pleural………………………………Débito…………………………………………………………………………

Antecedentes respiratorios…………………………………………………………………………………………………

Pulso……………Frecuencia……….…………Ritmo…….…………….Intensidad……...………..Tensión……..

Pulsos periféricos…………………………………………….Ruidos cardíacos…………………………………………

Tensión arterial……………………………………………….Ingurgitación Yugular…………………………………

Coloración de piel y mucosas……………………..Cianosis…………………………Relleno Capilar……………

Lividez………………………………………….Otros……………………….………………….Temperatura………….

Humedad…………………Edemas…………………………….Localización…………………Oximetria……………

1. DATOS NUTRICIONALES

PESO…………………….Talla…………………Obesidad…………………………………..Otros………………………

Hidratación……………………………………….Signos del Pliegue……………………….Dieta……………………

Hábitos alimenticios………………………………………..Alimentos no tolerados…………………………………

Masticación.…………………………….Deglución…………………………….Prótesis………………….………………

Autonomía para alimentarse: total………..parcial……………………………ninguna……………………………

Alimentación enteral…………..VO………………..SNG…………….SND…………………Gastrostomía……….

Ingresos por VO……………….ml.Ingresos Vía Parenteral……………………...ml.Otros………………………

1. DATOS DE ELIMINACIÓN Y EQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO

Función GI: RHA……………………..Distensión abdominal……………………….Dolor…………………………

Tipo…………………..Hemorroides……………………Deposiciones………………….Patrón evac………………

Ostomía…………………………….Diarrea…………..Características…………………Contipación………………

Otros…………………….Gases………………..Vómitos………………….Tipo……………….Náuseas……………

SNG evacuatoria……………………ml.Características:…………………………………………………………………

ORINA…………………ml.Características……………………………….SV…………………….Colector…............

Incontinencia……………………………….Retención……….………………………Disuria……………………………

Antecedentes: infección urinaria…………………………………………Tipo de tratamiento……………………

Sudoración…………………………………Total egresos…………….ml. Perdidas insensibles…………………

Balance hídrico……………………………………………………………………………………………………………………

1. DATOS DE VALORACION DE MOVIMIENTO Y POSTURA-PIEL Y MUCOSAS:

CaracterísticasT°…………Color:………………………..Humedad…………………..Textura………………………

Lesiones………………………………..Tipo…………………………Localización………………….Tamaño………..

Posición y movilidad: Total……….Parcial…..……Deambulación c/o s/ ayuda………………………………

Amplitud de la movilidad…………………..Act. de la vida diaria: independiente……………………………

Semidependiente………………………………………………..Dependiente……………………………………………

1. DATOS DE REPOSO Y SUEÑO

Hábitos de descanso nocturno……………..Hora…………………………Otros……………………………………

Alteraciones del sueño………………………….Sedantes………………………………….hábitos para inducir al sueño……………………………………………..Insomnio…………………………………………………………………

1. DATOS DE SENSOPERCEPCION Y ACTIVIDAD: Nivel de conciencia: (lúcido, confuso, delirante, estuporoso, coma)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. PROTECCIÓN Y SEGURIDAD

Siente curiosidad por su enfermedad……………………………………………………………………………………

Reconoce situaciones que no lo ayudan a superarla………………………………………………………………

Reconoce el peligro de no cambiar de actitud………………………………………………………………………

Se muestra independiente……………………………………………………………………………………………………

1. DATOS SOCIALES

Estado del paciente……………………..miedo……………….negativismo……………….inquietud…………..

Depresión……………..Apatía…………………………Ansiedad……………………..Agresividad…………………..

Llanto………………………………………Otros…………………………………………………………………………………

Relación familiar: Buena……………………………..Regular………………………………Mala……………........

Recibe visitas……………………………………………………Frecuencia…………………………………………………

Distracciones: tiempo libre:……………………………Deportes……………………….Hobbies……………………

Lecturas……………………………………………………………………………………………………………………………

Datos de su conocimiento de su enfermedad y de mantenimiento de su salud:

¿Qué sabe acerca de su enfermedad?......................................................................................

¿Qué información desea tener?..............................................................................................

Otros problemas………………………………………………………………………………………………………………

1. FACTORES DE RIESGO

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………