



# **CURSO BÁSICO DE CUIDADOS PALIATIVOS**

# **LA VISITA DOMICILIARIA**

**Joaquina Lucerga Romera**

**Enfermera ESAD Área III**

**Trinidad Bastida Úbeda**

**Auxiliar de Enfermería ESAD Área III**

## Objetivos generales de la Atención domiciliaria en Cuidados Paliativos:

- Apoyar a la Atención Primaria
- Proporcionar medios de soporte a la familia
- Facilitar la coordinación entre A.P y A.E

## ¿Qué enfermos se atienden en el domicilio?:

- Pacientes oncológicos terminales
- Pacientes terminales con enfermedad crónica no oncológica:
  - SIDA
  - Enf. Respiratorias, cardiovasculares, hepáticas y renales
  - Enf. Sist. Nervioso central de cualquier etiología.

# ¿Cuándo un paciente puede ser atendido en domicilio?

- Cuando lo acepta el enfermo y la familia.
- Cuando hay un buen soporte familiar.
- Cuando los cuidadores asumen el nivel de complejidad terapéutica.
- Cuando existe una red de profesionales adecuada.

## Objetivos de la Atención domiciliaria dirigidos al paciente:

Mejorar la calidad de vida del enfermo y de la familia:

- Control de síntomas
- Respetar el deseo de morir en casa
- Apoyo en la elaboración del duelo

## Ventajas para el paciente:

- El mantenimiento de su papel social y familiar.
- Dispone de su tiempo.
- Mantiene su intimidad.
- Puede realizar actividades ocupacionales.
- Ambiente conocido y agradable.
- Facilidad para conservar su autonomía el mayor tiempo posible.

## Ventajas para la familia:

- Le puede proporcionar los cuidados
- Mayor autonomía
- Satisfacción por la participación activa
- Facilita el proceso de duelo
- Respeto a la voluntad del paciente

## Objetivos de la visita domiciliaria:

- Control de síntomas
- Educación sanitaria:
  - Cuidados
  - Uso de medicación
- Apoyo al paciente y a la familia, acompañando en el proceso de la enfermedad.
- Coordinar con otros profesionales que intervengan en el proceso.

# FASES DE LA VISITA DOMICILIARIA

- Primera visita domiciliaria. 
- Visitas posteriores. 
- Visita de duelo.



OMI-AP (6.3/00B-00) - MURCIA - [Tapiz Historia Clínica - ADULTO CINCO,FULGENCIO (66 años)]

Fichero Editar Gestión Auxiliares Listados Ventana Ayuda

**Apuntes**  
[PROTOCOLO]-CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2

**Curso Clínico**  
Episodios  
29/08/42 - HOJA DE EVOLUCION  
29/08/42 - ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
07/11/06 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTR. CRO. (EPOC)  
16/02/09 - ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL  
16/02/2009 - STK - visita cuidados paliativos  
16/02/2009 - STK - CUIDADOS PALIATIVOS Hª CLINI. - SMS V2.0  
16/02/2009 - STK - CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2

**Última visita** 16/02/2009  
ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL  
visita cuidados paliativos 18:49  
CUIDADOS PALIATIVOS Hª CLINI. - SMS V2.0 18:49  
CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2 18:49

**Pendientes**  
Prescripciones  
07/11/06 Salbutamol aldo-unio  
Posología  
Pre  
200

**Plan personal**  
Vacunas  
VACUNACIÓN GRIPE Y NEUMOCOCO -A-SMS V2.0  
ATEN. PAC. CON EPOC - SMS V2.0  
PREV. ENF. CARDIOVASCULARES-SMS V2.0  
PREV Y DETEC PROB PERS MAYORES-SMS V2  
ATEN. PAC. TERMINALES - SMS V2.0

**Antecedentes**  
Alergias  
Ant. Familiares  
Ant. Médicos  
Ant. Quirúrgicos  
Pro. Sociales

**Condicionantes y problemas**  
01/01/04 ENFERMEDAD EPOC NC R95

**Órdenes clínicas**  
Analíticas  
Radiologías  
Interconsultas  
Procedimientos Diagnósticos  
07/11/06 - P.d. - de la mama, exp. cardio-pulmonar STK  
Procedimientos Terapéuticos

Todas  
Pdte. Cita  
Pdte. Realizar  
Pdte. Resultado  
Pdte. Ver  
Cerradas

Centro de bienvenida Disco extraíble (E:) Microsoft PowerPoi... OMI-AP (6.3/00B-00... 19:28



E.S.C.P. DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE 8 A 15H.: DE LUNES A VIERNES

Profesional

Nombre y apellidos

Teléfonos

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E.A.P. CENTRO DE SALUD DE 8 A 15H.: DE LUNES A SÁBADO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de Servicio

SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

OBSERVACIONES



ANTECEDENTES PERSONALES

[Empty text box for personal history]

GENOGRAMA  Sí  No

en OMIAP

en papel

Aceptar  Cancelar



ORIGEN de la DEMANDA | \_\_\_\_\_ FECHA de la DEMANDA | \_\_\_\_\_  
MOTIVO de INCLUSIÓN | \_\_\_\_\_ FECHA de INCLUSIÓN | \_\_\_\_\_

Problema principal que justifica la inclusión en Programa:

- |                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Demencia  | <input type="checkbox"/> Parkinson     | <input type="checkbox"/> Enf. Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Neoplasia | <input type="checkbox"/> Sida          | <input type="checkbox"/> A.C.V.A.          |
| <input type="checkbox"/> E.P.O.C.  | <input type="checkbox"/> Enf. Cardíaca | <input type="checkbox"/> Enf. Renal        |
| <input type="checkbox"/> Otros     | Especificar   _____                    |  |

HISTORIA ONCOLÓGICA - TUMOR PRIMITIVO: Localización | \_\_\_\_\_  
Histología | \_\_\_\_\_  
Fecha de diagnóstico | \_\_\_\_\_

METÁSTASIS | \_\_\_\_\_

Localización	Fecha diagnóstico
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TRATAMIENTO ANTITUMORAL

- Cirugía  Sí  No  
Radioterapia  Sí  No  
Quimioterapia  Sí  No

Complicaciones / secuales

Otros | \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN- Paciente: Conoce enfermedad | \_\_\_\_\_ - Familia: Conoce enfermedad | \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Aceptar  Cancelar



UTILIZACIÓN DE RECURSOS

RECURSO	MOTIVO	FECHA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FECHA de SALIDA de PROGRAMA:

MOTIVO de SALIDA de PROGRAMA:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Éxitus              | <input type="checkbox"/> Cambio de área | <input type="checkbox"/> Ingreso en residencia  |
| <input type="checkbox"/> Ingreso en hospital | <input type="checkbox"/> De agudos      | <input type="checkbox"/> Media / Larga estancia |

LUGAR DEL ÉXITUS:

- |   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Domicilio                    | <input type="checkbox"/> Residencial | <input type="checkbox"/> Hospital de agudos |
| <input type="checkbox"/> Hosp. Media / Larga estancia | <input type="checkbox"/> Otros       |   |



Aceptar  Cancelar



OMI-AP (6.3/00B-00) - MURCIA - [Tapiz Historia Clínica - ADULTO CINCO, FULGENCIO (66 años)]

Fichero Editar Gestión Auxiliares Listados Ventana Ayuda

**Apuntes**  
[PROTOCOLO]-CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2

**Curso Clínico**  
Episodios  
29/08/42 - HOJA DE EVOLUCION  
29/08/42 - ACTIVIDADES PREVENTIVAS  
07/11/06 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTR. CRO. (EPOC)  
16/02/09 - ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL  
16/02/2009 - STK - visita cuidados paliativos  
16/02/2009 - STK - CUIDADOS PALIATIVOS Hª CLINI. - SMS V2.0  
16/02/2009 - STK - CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2

**Última visita** 16/02/2009  
ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL  
visita cuidados paliativos 18:49  
CUIDADOS PALIATIVOS Hª CLINI. - SMS V2.0 18:49  
CUIDADOS PALIATIVOS SEGUIMIENTO - SMS V2 18:49

**Pendientes**  
Prescripciones  
07/11/06 Salbutamol aldo-unio  
Posología  
Pre  
200

**Plan personal**  
Vacunas  
VACUNACIÓN GRIPE Y NEUMOCOCO -A-SMS V2.0  
ATEN. PAC. CON EPOC - SMS V2.0  
PREV. ENF. CARDIOVASCULARES-SMS V2.0  
PREV Y DETEC PROB PERS MAYORES-SMS V2  
ATEN. PAC. TERMINALES - SMS V2.0

**Antecedentes**  
Alergias  
Ant. Familiares  
Ant. Médicos  
Ant. Quirúrgicos  
Pro. Sociales

**Condicionantes y problemas**  
01/01/04 ENFERMEDAD EPOC NC R95

**Ordenes clínicas**  
Analíticas  
Radiologías  
Interconsultas  
Procedimientos Diagnósticos  
07/11/06 - P.d. - de la mama, exp. cardio-pulmonar STK  
Procedimientos Terapéuticos

Todas  
Pdte. Cita  
Pdte. Realizar  
Pdte. Resultado  
Pdte. Ver  
Cerradas

Centro de bienvenida Disco extraíble (E:) Microsoft PowerPoi... OMI-AP (6.3/00B-00... 19:28



Fármaco	TRATAMIENTO Posología	Fecha inicio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TTO PREVIO / NO RESPUESTA  Sí  No

TTO PROHIBIDO  Sí  No



Aceptar  Cancelar



CONSTANTES VITALES

TAS  TAD  Fiebre  Sí  No   
Pulso  Sat. O2   
Glucemia capilar basal  Glucemia postalmuerzo

SÍNTOMAS GENERALES

Est. Nutricional  Astenia  Anorexia   
Dieta  Higiene

VALORACIONES

ESCALA DE RENDIMIENTO DE KARNOFSKY   
Escala de Karnofsky

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA   
Índice de Barthel

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR   
Escala de situación sociofamiliar de Gijón

CONSULTA AL TRABAJADOR SOCIAL  Sí  No

INF.RECO.GRADO DEPENDENCIA   
FORMULARIO GRADO DEPENDENCIA



SÍNTOMAS DIGESTIVOS

Boca seca <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Náuseas <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Incontinencia <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Cándidas <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Diarrea <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Disfagia <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Hipo <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		Vómitos <input type="text"/>
Estreñimiento <input type="text"/>	Otros <input type="text"/>	

SÍNTOMAS URINARIOS

Incontinencia <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Retención <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Hematuria <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Síndrome miccional <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Tos <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Expectoración <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Secreciones <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Hemoptisis <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Cianosis <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Disnea parox. noct. <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Ortopnea <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Disnea <input type="text"/> (Grado 2: Al subir es - 7/11/2006)	

SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Parálisis <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Confusión <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Delirium <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Agitación <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Insomnio <input type="text"/>	Nivel de Conciencia <input type="text"/>
Estado de ánimo <input type="text"/>		
ESCALA DE GOLDBERG <input type="text"/> GOLBERT	Total Ansiedad <input type="text"/> 0	Total Depresión <input type="text"/> 0
DETECCIÓN DE LA FUNCIÓN COGNITIVA Cuestionario abreviado sobre el estado mental (SPMSQ) de Pfeiffer	PFEIFFER <input type="text"/> 0	



SÍNTOMAS EN PIEL Y MUCOSAS

VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN

Escala de Arnell

ARNELL

Úlceras grado

Prurito  Sí  No      Edemas  Sí  No (Normal - 7/11/2006)      Ictericia  Sí  No

DOLOR

Tipos

Localización

Intensidad

OBSERVACIONES



TÉCNICA

FECHA

NÚMERO

- Sonda vesical  Sí  No
- Sonda nasogástrica  Sí  No
- Palomilla 1  Sí  No
- Palomilla 2  Sí  No
- Estomas  Sí  No
- Paracentesis  Sí  No
- Oxigenoterapia  Sí  No
- Cura  Sí  No


0
0
0
0

Volumen extraido (ml.)

Flujo de Oxígeno

Observaciones Cura

INFUSORES

Tipo

FECHA INFUSOR

Dosis (mgr.) / Día

Extradosis

Medicación 1	<input type="text"/>
Medicación 2	<input type="text"/>
Medicación 3	<input type="text"/>
Medicación 4	<input type="text"/>

<input type="text"/>	0

<input type="text"/>	0

OBSERVACIONES



Aceptar  Cancelar



EVOLUCION

Empty text area for recording evolution.

Educación Para la Salud

Empty text area for recording health education.



# FASES DE LA VISITA DOMICILIARIA

## LA VISITA DE DUELO

- **Apoyo a la familia**
- **Despedida**

# Atención a la familia:

Conocer

Educar

Orientar

Informar

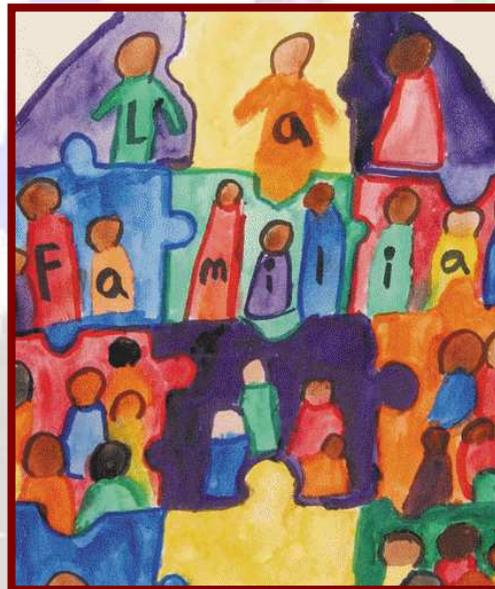
Respetar

Consensuar

Acompañar

Reforzar

Apoyar



## **CUIDAR AL CUIDADOR**

- **Tener conocimiento de la estructura y la dinámica familiar.**
- **Orientar en la organización de tiempos y tareas en el hogar con respecto a los cuidados y sus implicaciones.**
- **Compartir información y consensuar decisiones.**
- **Establecer un vínculo eficaz.**
- **Acompañar, apoyar y reforzar positivamente en la tarea de cuidar.**

# ATENCIÓN HOSPITALARIA:

Equipos de Cuidados Paliativos Hospitalarios



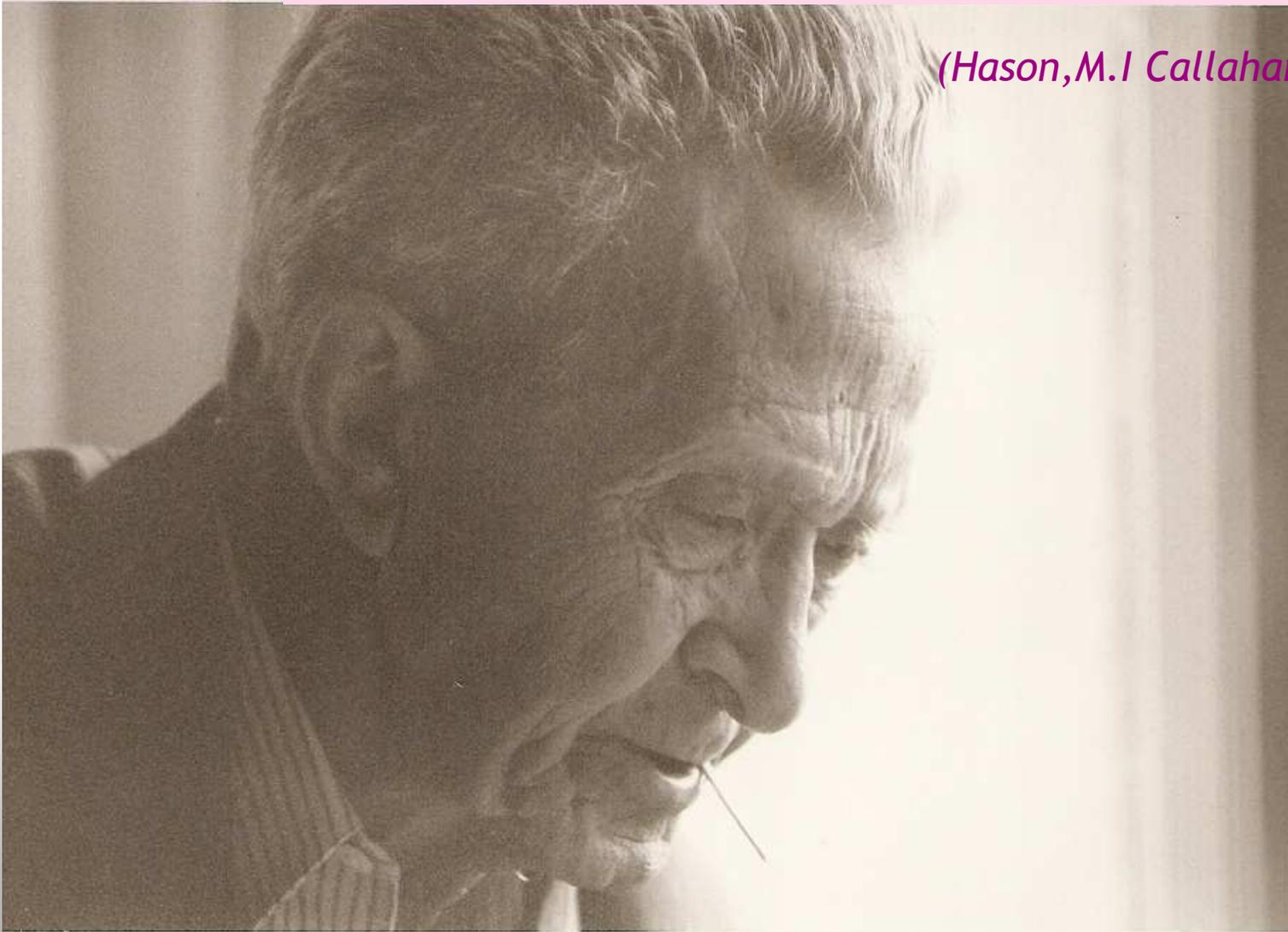
UNIDADES FUNCIONALES



“Equipos básicos compuestos por médico-enfermera, con una función de difusión e implantación de una cultura de atención en cuidados paliativos dentro del hospital, que facilite y mejore la asistencia de los pacientes ingresados”.

*“ Tan importante es el objetivo de curar y prolongar la vida, como el de ayudar a proporcionar una muerte en paz”*

*(Hason, M.I Callahan. D1999)*





***GRACIAS***

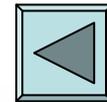




# FASES DE LA VISITA DOMICILIARIA

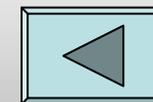
**1ª VISITA DOMICILIARIA:** El objetivo es crear un ambiente de confianza y comunicación efectiva para lograr una integración eficaz con el paciente y cuidadores.

- Anunciar la visita
- Informar de los objetivos
- Informar de los recursos disponibles
- Informar del Programa, distribución de actividades y localización
- Facilitar que el paciente pregunte todas sus dudas
- Observar el ambiente familiar
- Realizar el genograma.
- Anamnesis y exploración al paciente (si procede) y Plan de Cuidados
- Registrar toda la información obtenida



# ALGUNOS PROCEDIMIENTOS TECNICOS

- Oxigenoterapia
- Nebulizadores
- Paracentesis evac.
- Extracciones
- Reservorios (hep)
- Toma de cultivos
- Sondajes
- Curas (coord. AP)
- Tratamiento subc.
- Constantes
- Cuidados de ostomías
- Glucemia
- Otros



EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN PROGRAMA

¿URGENTE? SI NO

FECHA DE DERIVACIÓN

DATOS DEL ENFERMO

NOMBRE	APELLIDOS
FECHA NACIMIENTO/EDAD	N.º S.S.
DIRECCIÓN	
TELÉFONOS DE CONTACTO	
CUIDADORES/AS	

DATOS DEL EQUIPO DE A.P.

CENTRO DE SALUD / CONSULTORIO
MÉDICO
ENFERMERA

DIAGNÓSTICO

ONCOLÓGICO: SI  NO

TUMOR PRIMITIVO	FECHA Dx
LOCALIZACIÓN	
METÁTASIS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/> Localización:

NO ONCOLÓGICO: SI  NO

DIAGNÓSTICOS:
---------------

SÍNTOMAS

¿DOLOR?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Localización	
¿COME?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿VÓMITOS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿DISAGIA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CONFUSIÓN?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿ÚLCERAS?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿DISNEA?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿QUÉ LE PREOCUPA MÁS AL PACIENTE Y/O CUIDADORES?			

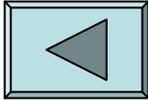
MEDICACIÓN:

DERIVADO POR:

ONCOLOGÍA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
MÉDICO A.P.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFERMERA A.P.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿MÉDICO F. CONFORME?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

OTRAS ESPEC.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
FAMILIA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
OTROS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
en espera autoriz.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

PRIMEROS CONTACTOS TRAS DERIVACIÓN:



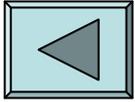
# ESCP

REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS DÍA.....



	NOMBRE PACIENTE	LLAMADAS TELF		VISITAS						CONTACTO DUELO	
		POR PAC	POR ESCP	EN EL CENTRO	ESAD	MED	ENF	ESAD Y AUX	ESAD Y EMP	V	LL
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
<b>TOTALES</b>											

	CONTACTOS PROFESIONALES/ SERVICIOS	CONTACTOS		
		SIN DESPLAZAMIENTO	CON DESPLAZAMIENTO	
			EN EL CENTRO	FUERA DEL CENTRO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
<b>TOTALES</b>				



<b>HISTORIA DE COORDINACIÓN</b>	 • <b>ESCP</b> • <input type="text"/>	C.I.A.S.: <input type="text"/>
	<b>EQUIPO SOPORTE CUIDADOS PALIATIVOS</b>	<b>Datos del profesional</b>
	E.A.P. / HOSPITAL: <input type="text"/>	1.º APELLIDO: <input type="text"/>
	TELÉFONO DEL EQUIPO / HOSPITAL: <input type="text"/>	2.º APELLIDO: <input type="text"/>
	ESPECIALIDAD: <input type="text"/>	NOMBRE: <input type="text"/>
		TELÉFONO: <input type="text"/>
	<hr/> <hr/>	
	HOSPITAL O E.A.P. REFERENCIA: <input type="text"/>	
	SERVICIO DE URGENCIAS: <input type="text"/>	
	SALUD MENTAL: <input type="text"/>	
TRABAJADORA SOCIAL: <input type="text"/>		
OTROS SERVICIOS: <input type="text"/>		

**HISTORIA DE COORDINACIÓN**



<b>• ESAD</b>																			
<b>EQUIPO de SOPORTE de ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>																			
<b>ATENCIÓN PRIMARIA CARTAGENA</b>																			
N.º SEG. SOCIAL		1.º APELLIDOS																	
ACTIVO		2.º APELLIDO																	
PENSIONISTA																			
OTROS																			
FORMACIÓN Y PROFESIÓN		NOMBRE																	
DOMICILIO:		C. POSTAL																	
CAMBIO DOMICILIO:		TELÉFONO:																	
NOMBRE PERSONA RESPONSABLE:		TELÉFONO:																	
E.A.P.		MÉDICO, DR.-ORA:																	
		ENFERMERO-A:																	
ALERGIAS:		TRATAMIENTOS PROHIBIDOS:																	
NOMBRES PROFESIONALES E.S.A.D.																			
<table border="1"> <tr> <td><b>E.S.A.D. ATENCIÓN DOMICILIARIA</b></td> <td><b>E.A.P. CENTRO de SALUD</b></td> </tr> <tr> <td>DE 8 A 16 h.: DE LUNES A VIERNES</td> <td>DE 8 A 17 h.: DE LUNES A VIERNES</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DE 9 A 17 h.: SÁBADOS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>968 50 10 23</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>S.N. URGENCIAS</b></td> <td><b>EMERGENCIAS</b></td> </tr> <tr> <td>DE 17 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE</td> <td>24 h. TODOS LOS DÍAS</td> </tr> <tr> <td>24 h. DOMINGOS Y FESTIVOS</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>061</b></td> </tr> </table>		<b>E.S.A.D. ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>	<b>E.A.P. CENTRO de SALUD</b>	DE 8 A 16 h.: DE LUNES A VIERNES	DE 8 A 17 h.: DE LUNES A VIERNES		DE 9 A 17 h.: SÁBADOS	<b>968 50 10 23</b>		<b>S.N. URGENCIAS</b>	<b>EMERGENCIAS</b>	DE 17 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE	24 h. TODOS LOS DÍAS	24 h. DOMINGOS Y FESTIVOS			<b>061</b>		
<b>E.S.A.D. ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>	<b>E.A.P. CENTRO de SALUD</b>																		
DE 8 A 16 h.: DE LUNES A VIERNES	DE 8 A 17 h.: DE LUNES A VIERNES																		
	DE 9 A 17 h.: SÁBADOS																		
<b>968 50 10 23</b>																			
<b>S.N. URGENCIAS</b>	<b>EMERGENCIAS</b>																		
DE 17 A 9 h. DEL DÍA SIGUIENTE	24 h. TODOS LOS DÍAS																		
24 h. DOMINGOS Y FESTIVOS																			
	<b>061</b>																		

Mód. ESAD.01.-4

<b>HISTORIA ONCOLÓGICA</b>	
Tumor primitivo: Localización _____	
Histología _____	
Fecha del diagnóstico _____	
Metástasis <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO CONOCIDAS	
Fecha de diagnóstico _____	Fecha de diagnóstico _____
<input type="checkbox"/> Pulmón _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Hígado _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Huesos _____	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Cerebro _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>TRATAMIENTO ANTITUMORAL</b>	
Cirugía: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Complicaciones/Secuelas _____	
Radioterapia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Complicaciones/Secuelas _____	
Quimioterapia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Complicaciones/Secuelas _____	
Otros: _____	
<b>Información:</b>	
• Paciente: Conoce enfermedad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No explorado	
• Familia: Conoce enfermedad <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No explorado	
ORIGEN de la DEMANDA: _____ FECHA de la DEMANDA: _____	
MOTIVO de INCLUSIÓN: _____ FECHA de INCLUSIÓN: _____	
Tipo de paciente: Terminal <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/> Inmovilizado <input type="checkbox"/>	
<b>Problema principal que justifica la inclusión en Programa:</b>	
Demencia <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Enf. Respiratoria <input type="checkbox"/>	
Neoplasia <input type="checkbox"/> Sida <input type="checkbox"/> A.C.V.A. <input type="checkbox"/>	
E.P.O.C. <input type="checkbox"/> Enf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
FECHA de SALIDA de PROGRAMA: _____	
<b>MOTIVO de SALIDA de PROGRAMA:</b>	
Exitus <input type="checkbox"/> Cambio de Área <input type="checkbox"/> Ingreso en Residencia <input type="checkbox"/>	
Ingreso en Hospital <input type="checkbox"/> De Agudos <input type="checkbox"/> Media/Larga estancia <input type="checkbox"/>	
<b>LUGAR DEL EXITUS:</b>	
Domicilio <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Hosp. Agudos <input type="checkbox"/>	
Hosp. Media/Larga estancia <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____	
OBSERVACIONES _____	
	

