

**FORMULARIO PARA CUIDADOS DOMICILIARIOS**

Sanatorio: _____

Nombre Paciente: _____ OS: _____ Plan: _____ Afiliado: _____

Tel. de contacto (c/ cód. de área) :(_____) _____ Nombre familiar a cargo: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Provincia.: _____

Diagnóstico: _____ En domicilio SI NO **1- Asistencia Médica en Domicilio:****a-** Por Medico Clínico: Frecuencia: _____ Duración en días: _____**2- Farmacoterapia:****a-** Nombre de fármaco: _____ Dosis: _____

Frecuencia: _____ Días del tratamiento: _____

Tipo de solvente: _____ Diluir en: ____ ml.

Vía de administración: Periférica Central **b-** Nombre de fármaco: _____ Dosis: _____

Frecuencia: _____ Días del tratamiento: _____

Tipo de solvente: _____ Diluir en: ____ ml.

Vía de administración: Periférica Central **3- Cuidados de Enfermería:** Prestacional / Guardia Horario (de corrido): _____**I.** Curación de lesión decúbito Frecuencia: _____ Duración en días: _____

Grado, región y tamaño de escara: _____

Protocolo de curación: _____

II. Cuidado de Herida Quirúrgica Frecuencia: _____ Duración en días: _____**III.** Curación de: Traqueotomía Colostomía Botón Gástrico

Frecuencia: _____

Protocolo de curación: _____

IV. Otras Curaciones: _____**4- Cuidador (Únicamente adjuntando autorización por excepción de la Obra Social)**

Frecuencia _____ Horario (de corrido) _____

5- Rehabilitación:**I.** Asistencia Kinésica Motora: Frecuencia: _____**II.** Asistencia Kinésica Respiratoria: Frecuencia: _____**III.** Fonoaudiología: Frecuencia: _____**6- Cuidado de Traqueotomía:**



- a. Entregar en el domicilio ASPIRADOR: SI NO
b. Materiales por día: filtros-humidificadores, _____ sondas de aspiración, _____
Jeringas, _____ ampollas de Sol. Fisiológica, _____ frasco de Xilocaína estéril _____

7- Oxigenoterapia Domiciliaria:

- Concentrador: litros/min _____ Mochila litros/min _____
 Tubos O2 litros/min _____ Mascaras de tamaño: Chica Mediano Grande
 Respirador: Circuito rama Doble ó Simple Flujo: _____
Otros _____

8- Ventilación No invasiva:

- BPAP CPAP

Seteo: Modo _____ IPAP: _____ Cm H20 EPAP/CPAP: _____ CmH20

Frecuencia Respiratoria por minuto: _____

Mascara: Nasal: Oro-nasal: Facial:
Tamaño: Chico: Mediano: Grande:

9- Elementos de ortopedia

Cama ortopédica Andador Bastón Colchón Aire Silla Ruedas Elevador Inodoro

Indicar Peso y Altura del paciente: _____

Algún elemento es condición necesaria para el alta: SI NO
¿Cual? _____

10- Alimentación Enteral Domiciliaria:

- a. Preparado comercial: _____
b. Volumen para administrar por día en ml: _____
c. Dosificación (Cantidad de Gramos x 100 ml en caso de preparación): -----
d. Vía de suministro de alimento:
e. Proveer BOMBA DE INFUSIÓN ENTERAL: SI NO

Observaciones:

Firma y sello del Medico

Fecha de solicitud: ____/____/____

IMPORTANTE: Adjuntar con esta solicitud, epicrisis, recetas, órdenes médicas y consentimiento informado



REQUERIMIENTO DE TRASLADO SANITARIO:

Fecha de Externacion del Sanatorio: ____ / ____ / ____ Hora: ____: ____ Hs.

Unidad de Traslado:

COMUN SIN MEDICO	
COMUN CON MEDICO	
UTIM	
UTIM PEDIATRICA	
UTIM NEONATOLOGA	

Equipamiento de la Unidad: (SI / NO) (cantidad o referencias)

Oxigeno: _____

Bomba de Infusión: _____

Respirador: _____

BPAP - CPAP: _____

Incubadora: _____

Elemento de Tracción: _____

Elemento de Aislamiento: _____

Otros: _____

Firma y sello del Medico

Fecha de solicitud: ____/____/____

IMPORTANTE: Adjuntar con esta solicitud, epicrisis, recetas, órdenes médicas y consentimiento informado.