



## 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 Médico 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 02 litros/min \_\_\_\_\_ Mascara de tamaño: Chica ☐ Mediano ☐ Grande
- ☐ Respirador: Circuito rama ☐ Doble ó ☐ Simple Flujo: \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

**8- ☐ Ventilación No invasiva:**

- ☐ BPAP ☐ CPAP

Seteo: Modo \_\_\_\_\_ IPAP: \_\_\_\_\_ Cm H2O EPAP/CPAP: \_\_\_\_\_ CmH2O

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 Externación 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)**

Oxígeno: \_\_\_\_\_

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.**