

FORMULARIO BÁSICO PARA LA VALORACIÓN DEL RESIDENTE EN CENTROS DE PERSONAS MAYORES Y SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADOS.

El **Resident Assessment Instrument Nursing Home 2.0** consiste en tres componentes fundamentales: 1.- El Conjunto Mínimo Básico de Datos-Sociosanitarios (**CMBD-SS**). 2.- La secuencia de identificación de problemas (**SIP**) 3.- Las **directrices** para la utilización del instrumento.

La utilización de los tres componentes del RAI proporciona una información sobre el estado funcional del residente que se encuentra en una institución, sobre las capacidades, limitaciones y preferencias y ofrece una guía para una valoración posterior una vez identificados los problemas (SIP) y la planificación de los cuidados individualizados.

El CMBD-SS: Es un conjunto de elementos de screening del estado funcional y clínico que constituye la base de valoración global para todos los residentes. Los ítems del CMBD-SS estandarizan la comunicación sobre los problemas y las condiciones del residente. Para la recogida de datos se confeccionó un formulario práctico que se adjunta en este documento.

Tanto las Secuencias de identificación de problemas (SIP), como las directrices para la utilización del instrumento se encuentran en un Manual, siendo recomendable su uso para una correcta valoración.

Aún que InterRAI y el Traductor intentaron asegurar que este producto es una traducción precisa, ni InterRAI ni el Traductor se comprometen respecto a la exactitud de traducción de este producto desde la versión original del idioma inglés. Los usuarios asumen todos los riesgos que surjan del uso de esta traducción y deberían consultar la versión original si tienen alguna duda con respecto al significado de cualquier sección de este producto.



La codificación se referirá al estado del residente en los últimos 7 días, salvo que se indique otro espacio temporal en el ítem.

SECCIÓN AA. IDENTIFICACIÓN

1.	CÓD. CENTRO	<input style="width: 100%;" type="text"/>
2.	NOMBRE DEL RESIDENTE	a.(Apellidos) <input style="width: 40%;" type="text"/> b.(Nombre) <input style="width: 40%;" type="text"/> (CÓDIGO DEL RESIDENTE) <input style="width: 100%;" type="text"/>
3.	DATA DE NACIMIENTO	<input style="width: 100%;" type="text"/> Día Mes Año
4.	SEXO	1.Hombre 2.Mujer 3.Indeterminado 4.- Desconocido
5.	RESIDENCIA	<input style="width: 100%;" type="text"/>
6.	CÓDIGO POSTAL	<input style="width: 100%;" type="text"/>
7.	Nº S.S.	<input style="width: 100%;" type="text"/>
8.	APORTACIÓN DEL RESIDENTE	<input style="width: 100%;" type="text"/>
9.	DATA DE INGRESO	<input style="width: 100%;" type="text"/> Día Mes Año
10.	CIRCUNSTANCIAS DEL INGRESO	1.- Programado 2.- Prioridad social. Ingreso urgente 3.- Vía judicial

11.	UNIDAD DEL RESIDENTE	
12.	DATA DE SALIDA	<input style="width: 100%;" type="text"/> Día Mes Año
13.	CIRCUNSTANCIA DE SALIDA	0.- No hay salida 1.- Curación, estabilización o mejoría 2.- Finalización de estancia temporal 3.- Exitus 4.- Fuga 5.- Baja voluntaria 6.- Traslado 9.- Desconocida
14.	DESTINO A LA SALIDA	0. No hay salida 1. A domicilio sin soporte 2. A domicilio con soporte familiar 3. A domicilio con soporte de ayuda domiciliaria o de H.D. 4. A domicilio con soporte de H. de día, centro de día o C. ocupacional 5. A domicilio con otro tipo de soporte distinto de los anteriores 6. A hospital de agudos 7. A centro de la tercera edad 8. Hospital de media - larga estancia 9. Otros
15.	DÍAS DE RESERVA DE CAMA	<input style="width: 100%;" type="text"/>
16.	DATA DE LA EVALUACIÓN ACTUAL	<input style="width: 100%;" type="text"/> Día Mes Año
17.	DATA DE LA EVALUACIÓN ANTERIOR	<input style="width: 100%;" type="text"/> Día Mes Año
18.	MOTIVO DE LA EVALUACIÓN	Indicar el motivo principal de la evaluación (Ver ítem A8)
	FIRMA	FIRMA DE LOS EVALUADORES QUE COMPLETEN ESTOS PUNTOS a. _____ Firma Cargo Fecha b. _____ Firma Cargo Fecha

Evaluación al ingreso	Cubrir secciones AA, AB, AC, AD.
Avaluacións sucesivas	Cubrir soamente sección AA

En el caso de que el recuadro esté en blanco, debe introducirse un nº o letra

A Cuando haya una letra en el recuadro, marque si se cumple esta condición

SECCIÓN A. DATOS GENERALES																																					
1.	NOMBRE DEL RESIDENTE	a. Apellidos b. Nombre																																			
2.	NÚMERO DE HABITACIÓN																																				
3.	FECHA DE REFERENCIA DE LA VALORACIÓN	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Día</td> <td colspan="5">Mes</td> <td colspan="5">Año</td> </tr> </table>																					Día					Mes					Año				
Día					Mes					Año																											
4.	FECHA DE REINGRESO	Fecha de reingreso desde el alta temporal a hospital u otro motivo más reciente en los últimos 90 días (o desde la última valoración o ingreso si hace menos de 90 días) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Día</td> <td colspan="5">Mes</td> <td colspan="5">Año</td> </tr> </table>																					Día					Mes					Año				
Día					Mes					Año																											
5.	ESTADO CIVIL	1.Soltero/a 2.Casado/a 3.Viudo/a 4. Separado/a 5. Divorciado/a																																			
6.	Hª CLÍNICA																																				
7.	FUENTE DE FINANCIACIÓN ACTUAL	(Indicar oficina de facturación) a. Pública b. Entidades aseguradoras de accidentes de tráfico c. Entidades patronales de accidentes de trabajo d. Mutuas de funcionarios (MUFACE, ISFAS...) e. Particulares f. Otras																																			
8.	MOTIVOS DE LA VALORACIÓN	(Si es una valoración de alta o reingreso, sólo algunos de los puntos de la hoja de datos mínima deben ser completados) a. Motivo principal de la valoración 1. Valoración del ingreso 2. Valoración anual 3. Valoración por cambio significativo en el estado 4. Corrección significativa de la valoración completa previa 5. Valoración programada 6. Alta. Vuelta no prevista 7. Alta. Vuelta prevista 8. Alta antes de completar la valoración inicial 9. Reingreso 10. Corrección significativa de la valoración programada previa 11. Traslado 12. NINGUNA ANTERIOR																																			
9.	RESPONSABLE/ TUTOR LEGAL	(Marque todos los que procedan) 1. Tutor legal 2. Otra supervisión legal 3. Responsabilidad de un familiar 4. Residente responsable de si mismo 5. NINGUNO ANTERIOR																																			

NOTA: La sección “A”, así como los items sombreados son de obligada cumplimentación para cualquier tipo de valoración que realicemos.

SECCIÓN B. PATRONES COGNITIVOS		
1.	COMA	Estado vegetativo persistente /ningún nivel de consciencia detectable 0. No 1. Si (si es sí pasar a G)
2.	MEMORIA	(Capacidad para recordar lo aprendido o conocido) a.- Memoria a corto plazo normal. Parece que recuerda después de 5 minutos 0. Memoria Normal 1. Memoria alterada b.- Memoria a largo plazo normal. Parece que recuerda el pasado remoto 0. Memoria Normal 1. Memoria alterada
3.	MEMORIA/ CAPACIDAD DE RECUERDO	(Marque todo lo que el residente fue capaz de recordar habitualmente durante los últimos 7 días) a.- Estación actual b.- Situación de la propia habitación c.- Nombres/caras del personal d.- Que está en un centro e.- NO RECORDÓ NADA ANTERIOR
4.	CAPACIDAD COGNITIVA PARA TOMAR DECISIONES COTIDIANAS	(Decisiones tomadas respecto a las actividades de la vida diaria) 0. INDEPENDIENTE. Decisiones coherentes/razonables 1. INDEPENDENCIA MODIFICADA. Alguna dificultad sólo ante situaciones nuevas 2. MODERADAMENTE ALTERADA Decisiones poco apropiadas, habitualmente, requiere orientación/supervisión 3. GRAVEMENTE ALTERADA Raramente/nunca toma decisiones

5.	INDICADORES DE ESTADO CONFUSIONAL AGUDO ALTERACIONES PERIÓDICAS DEL PENSAMIENTO/ CONSCIENCIA	(Codifique según conducta en los últimos 7 días) [Nota: Una valoración precisa exige conversaciones con el personal y la familia que tiene conocimiento directo de la conducta del residente a lo largo de este tiempo] 0. Tipo de comportamiento no presente 1. Tipo de comportamiento presente, pero no de reciente aparición 2. Tipo de comportamiento presente, durante los últimos 7 días se aprecia una diferencia en la conducta habitual del residente (ej.: nueva aparición o empeoramiento)	
	a. SE DISTRAE FÁCILMENTE (ej.: dificultad para prestar atención, se despista)		
	b. PERÍODOS DE ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN O CONSCIENCIA DE SU ENTORNO (ej.: mueve los labios para hablar con alguien que no está presente)		
	c. EPISODIOS DE HABLA DESORGANIZADA (ej.: discurso incoherente, sin sentido, irrelevante salta de un tema a otro, pierde el hilo del pensamiento).		
	d. PERÍODOS DE DESASOSIEGO. (Ej.: Hurga o rasca la piel, ropa, servilletas, etc. frecuentes cambios de posición, movimientos físicos repetitivos o grita)		
	e. PERÍODOS DE LETARGO. (ej.: pereza, mirada perdida en el espacio, dificultad para espabilarse, escaso movimiento corporal)		
	f. LA CAPACIDAD COGNITIVA VARÍA A LO LARGO DEL DÍA (ej.: mejor, peor, las conductas están a veces presentes, otras veces no).		
6.	CAMBIO EN EL ESTADO COGNITIVO	El estado cognitivo, habilidades o capacidades del residente han cambiado en comparación con el estado de hace 90 días (o desde la última valoración si hace menos de 90 días) 0. Ningún cambio 1. Mejorado 2. Empeorado	

SECCIÓN C. PATRONES DE COMUNICACIÓN/ AUDITIVOS			
1.	AUDICIÓN	(Con prótesis auditiva, si las usa) 0. OYE ADECUADAMENTE. Conversación normal, tv., teléfono 1. DIFICULTAD MÍNIMA. Cuando no está en lugar tranquilo 2. OYE SOLAMENTE EN SITUACIONES ESPECIALES. El hablante tiene que ajustar su tono de voz y hablar claro 3. SEVERAMENTE ALTERADA. Ausencia de audición útil	
2.	APARATOS/ TÉCNICAS PARA COMUNICARSE	(Marque todos los que procedan durante los últimos 7 días) a.- Audífono, presente y utilizado b.- Audífono presente y no utilizado regularmente c.- Otras técnicas de comunicación (ej.: lectura de labios) d.- NINGUNA ANTERIOR	a. b. c. d.

3.	MÉTODOS PARA COMUNICARSE	(Marque todos los que usa el residente para poner de manifiesto sus necesidades) a.- Habla b.- Escribir mensajes para expresar o aclarar sus necesidades c.- Lenguaje de signos o Braille d.- Signos, gestos, sonidos e.- Tablero de comunicación f.- Otros g.- NINGUNO ANTERIOR	a. b. c. d. e. f. g.
4.	CAPACIDAD PARA HACERSE ENTENDER	(Comunicar postulados de información, independientemente de su forma de hacerlo) 0. SE LE ENTIENDE 1. NORMALMENTE SE LE ENTIENDE. Dificultad para encontrar las palabras o completar las ideas 2. A VECES SE LE ENTIENDE. Su capacidad se limita a peticiones concretas 3. RARAMENTE/NUNCA SE LE ENTIENDE	
5.	CLARIDAD EN EL LENGUAJE	(Codifique según el lenguaje en los últimos 7 días) 0. LENGUAJE CLARO. Palabras precisas e inteligibles 1. LENGUAJE CONFUSO. Pronuncia palabras poco claras o tartamudea 2. NINGÚN LENGUAJE. Ausencia de discurso oral	
6.	CAPACIDAD PARA ENTENDER A OTROS	(Entender información oral - independientemente de su forma de hacerlo, con prótesis auditiva, si la utiliza) 0. ENTIENDE 1. NORMALMENTE ENTIENDE. Puede que pierda alguna parte o propósito del mensaje 2. A VECES ENTIENDE. Responde de forma adecuada ante un tipo de comunicación sencilla y directa 3. RARAMENTE/NUNCA ENTIENDE	
7.	CAMBIO EN LA COMUNICACIÓN/ AUDICIÓN	La capacidad del residente para expresar, entender u oír la información ha cambiado en comparación con el estado de hace 90 días (o desde la última valoración si hace menos de 90 días) 0. Ningún cambio 1. Mejorado 2. Empeorado	

SECCIÓN D. PATRONES VISUALES		
1.	VISIÓN	(Capacidad para ver con luz adecuada y con gafas, si las usa) 0. ADECUADA. Ve detalles finos y lee un tipo de letra normal en periódicos/libros 1. ALTERADA. Lee un tipo de letra grande, pero no un tipo de letra normal en periódicos/libros 2. MODERADAMENTE ALTERADA. Visión limitada; no es capaz de leer los titulares de los periódicos, pero puede identificar objetos 3. MUY ALTERADA. No identifica claramente el objeto que ve, pero parece que sigue los objetos con la vista 4. SERIAMENTE ALTERADA. Ausencia de visión o solamente percibe luz, color o siluetas; parece que no sigue los objetos con la vista.
2.	LIMITACIONES PROBLEMAS DE VISIÓN	a.- Problemas de visión lateral-visión periférica disminuida (ej.: deja la comida de un lado de la bandeja, dificultad para deambular, tropieza con personas y objetos, confunde la situación de la silla cuando se sienta) b.- Experimenta alguno de los siguientes hechos; ve halos o anillos alrededor de las luces, ve destellos de luz, ve "velos" en los ojos. c.- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
3.	APARATOS PARA LA VISIÓN	Gafas, lentillas, lente de aumento. 0. No 1. Si

SECCIÓN E. ESTADO DE ÁNIMO Y PATRONES DE CONDUCTA		
1.	INDICADORES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y BAJO ESTADO DE ÁNIMO	(Codifique según los indicadores observados en los últimos 30 días, independientemente de la presunta causa) 0. Indicador no manifestado en los últimos 30 días 1. Indicador de este tipo manifestado hasta 5 días por semana 2. Indicador de este tipo manifestado diariamente o casi a diario (6,7 días por semana)
		EXPRESIONES ORALES DE AFLICCIÓN a. El residente expresa frases de contenido negativo, ej.: "Todo me da igual, ojalá estuviese muerto, qué importa, me arrepiento de haber vivido tanto tiempo, dejadme morir" b. Preguntas repetitivas, ej.: "¿A dónde voy?, ¿Qué hago?" c. Expresiones repetitivas, ej.: pidiendo ayuda "¡Dios ayúdame!" d. Enfado persistente consigo mismo o con los demás, p. ej.: fácilmente irritable, enfado por estar en una residencia, enfado ante la asistencia que se le presta. e. Menosprecio de si mismo, ej.: "No soy nada, soy un inútil" f. Expresiones de lo que parecen ser miedos imaginarios, p. ej.: temor a que lo abandonen, temor a la soledad, temor a la compañía de otras personas. g. Declaraciones recurrentes de que va a suceder algo terrible, ej.: cree que va a morir, que tiene un ataque cardíaco. h. Quejas repetitivas sobre su salud, ej.: búsqueda continua de atención médica, preocupación obsesiva por el funcionamiento de su cuerpo. i. Quejas/preocupaciones ansiosas recurrentes (No relacionadas con la salud), ej.: continuamente busca atención/reafirmación respecto a los horarios, comidas, limpieza, vestimenta, las relaciones personales.
		PROBLEMAS CON LOS CICLOS DEL SUEÑO j. Malhumor por la mañana k. Insomnio/cambio en los patrones habituales del sueño.
		APARIENCIA TRISTE, APÁTICA, ANSIOSA l. Expresión triste de dolor y preocupada, ej.: ceño fruncido m. Llorosa, apesadumbrada n. Movimientos físicos repetitivos, ej.: se retuerce las manos, inquietud, hurga, rasca.
		PÉRDIDA DE INTERÉS o.- Abandono de actividades que le interesaban, ej.: no se interesa por sus aficiones de siempre o por estar con la familia/amigos p. Vida social reducida

2.	PERSISTENCIA DEL ESTADO DE ÁNIMO	Uno o más de los indicadores del estado de ánimo depresivo, triste o ansioso no fueron fáciles de modificar mediante los intentos de animar, consolar o apoyar al residente durante los últimos 7 días . 0. No hay indicadores del estado de ánimo 1. Indicadores presentes fácilmente modificables 2. Indicadores presentes no fácilmente modificables		
3.	CAMBIOS EN EL ESTADO DE ÁNIMO	El estado de ánimo del residente ha cambiado en comparación con el estado de hace 90 días (o desde la última valoración si hace menos de 90 días) 0. Ningún cambio 1. Mejorado 2. Empeorado		
4.	PROBLEMAS DE CONDUCTA	A) Frecuencia del problema de conducta en los últimos 7 días 0. Conducta no manifestada los últimos 7 días 1. Conducta de este tipo manifestada de 1 a 3 días en los últimos 7 días 2. Conducta de este tipo manifestada de 4 a 6 días en los últimos 7 días 3. Conducta de este tipo manifestada diariamente B) Modificaciones de la conducta en los últimos 7 días 0. Conducta no presente -o- la conducta fue fácilmente modificada 1. La conducta no fue fácilmente modificada	A	B
		a. -DEAMBULAR (Se mueve sin un propósito razonado, parece que se despreocupa de sus necesidades o seguridad)		
		b. -LENGUAJE OFENSIVO (amenazas, gritos e insultos a otras personas)		
		c. -FISICAMENTE AGRESIVO (golpea, empuja, araña o abusa sexualmente de otros)		
		d. -COMPORTAMIENTO SOCIAL INADECUADO/ALTERADO (emite sonidos perturbadores, ruido molesto, gritos, comete actos de autoagresión, actividad sexual o exhibicionismo en público, manipula/lanza comida/heces, acumula objetos, hurga en las pertenencias de otros)		
		e. -RECHAZO DE LOS CUIDADOS (se resiste a tomar la medicación o a dejarse inyectar, a la ayuda en las actividades de la vida diaria o a alimentarse)		
5.	CAMBIOS DE CONDUCTA	El estado de conducta del residente ha cambiado en comparación con el estado de hace 90 días (o desde la última valoración si hace menos de 90 días) 0. Sin cambio 1. Mejorado 2. Empeorado		

SECCIÓN F. BIENESTAR PSICOSOCIAL			
1.	SENTIDO DE LA INICIATIVA/PARTICIPACIÓN	a.- Facilidad para relacionarse con otros b.- Facilidad para realizar actividades planificadas o estructuradas c.- Facilidad para realizar actividades por propia iniciativa d.- Establece sus propios objetivos e.- Busca la participación en la vida del centro (ej.: hace/conserva amigos, se involucra en actividades de grupo, acoge positivamente nuevas actividades, asiste a servicios religiosos) f.- Acepta participar en la mayoría de las actividades del grupo g.- NINGUNA ANTERIOR	a. b. c. d. e. f. g.
2.	RELACIONES PERSONALES INESTABLES	a.- Conflictos encubiertos o manifiestos con el personal o crítica repetitiva del personal b.- Descontento con el compañero de la habitación c.- Descontento con otros residentes distintos al compañero de la habitación d.- Expresa abiertamente conflictos/enfados con la familia/amigos e.- Ausencia de contacto personal con la familia/amigos f.- Pérdida reciente de un familiar próximo/amigo íntimo g.- Dificultad para adaptarse a cambios en la rutina h.- NINGUNA ANTERIOR	a. b. c. d. e. f. g. h.
3.	ROLES DEL PASADO	a.- Identificación fuerte con los roles y estilo de vida del pasado b.- Expresa tristeza/enfado/sensación de vacío de la pérdida de rol. c.- El residente nota que la rutina diaria (actividades rutinarias frecuentes) es muy diferente de la vivida en el pasado. d.- NINGUNA ANTERIOR	a. b. c. d.

SECCIÓN G. PROBLEMAS FUNCIONALES FÍSICOS Y ESTRUCTURALES

<p>1. A. AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Codifique según la actuación del residente durante todos los turnos en los últimos 7 días - sin contar la organización)</p> <p>0. INDEPENDIENTE. Ninguna ayuda o supervisión - O- la ayuda o supervisión se proporcionaron sólo 1 ó 2 veces durante los últimos 7 días</p> <p>1. SUPERVISIÓN. Se le proporciona vigilancia, se le anima o se le dan indicaciones 3 o más veces durante los últimos 7 días -O- se le concede supervisión (3 o más veces) y ayuda física solamente 1 ó 2 veces durante los últimos 7 días.</p> <p>2. AYUDA LIMITADA. El residente está muy involucrado en la actividad, se le ha prestado 3 veces o más ayuda física para guiar el movimiento de los miembros u otra ayuda que no implicase soporte de peso de partes de su cuerpo -O- más ayuda que se proporcionó solamente 1 ó 2 veces durante los últimos 7 días.</p> <p>3. AYUDA CONSIDERABLE. Aunque el residente realizó una parte de la actividad, a lo largo del período de los últimos 7 días, se le proporcionó ayuda del/de los siguientes tipo/s 3 veces o más.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayuda a soportar peso - Realización por parte de un miembro del personal de la totalidad de la tarea durante parte del período de los últimos 7 días (pero no de la totalidad) <p>4. DEPENDENCIA ABSOLUTA. Realización por parte del personal de la totalidad de la actividad durante todo el período de 7 días.</p> <p>8. LA ACTIVIDAD NO TUVO LUGAR durante la totalidad del período de 7 días.</p> <p>(B) AYUDA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Codifique según la MÁXIMA AYUDA APORTADA A LO LARGO DE TODOS LOS TURNOS durante los últimos 7 días; codifique sin tener en cuenta la clasificación de la actuación del residente)</p> <p>0. Ninguna organización o ayuda física del personal</p> <p>1. Sólo organización</p> <p>2. Ayuda física por parte de una sola persona</p> <p>3. Ayuda física por parte de dos o más personas</p> <p>8. LA ACTIVIDAD NO TUVO LUGAR durante la totalidad del período de 7 días. A. B.</p>			
a.	MOVILIDAD EN LA CAMA	Cómo el residente se mueve para acostarse, levantarse, cómo se gira hacia los lados y como se acomoda en la cama	
b.	TRANSFERENCIAS	Cómo el residente se mueve entre superficies hacia o desde: la cama, la silla, la silla de ruedas, la bipedestación (excluye entrar y salir de la bañera / ducha y sentarse / levantarse del WC)	
c.	DEAMBULAR/ EN LA HABITACIÓN	Cómo el residente camina entre los distintos puntos de su habitación	
d.	DEAMBULAR/ EN EL PASILLO	Cómo el residente camina por el pasillo de la unidad	
e.	LOCOMOC. DENTRO DE SU UNIDAD	Cómo el residente se desplaza entre los diferentes puntos de su habitación y pasillo en el mismo piso. Si está en silla de ruedas, su movilidad cuando se encuentra en ella.	
f.	LOCOMOC. FUERA DE SU UNIDAD	Cómo el residente va y vuelve desde puntos de fuera de la unidad (p. ej.: zonas separadas para comer, actividades o tratamientos). Si el centro dispone sólo de una planta, cómo el residente se desplaza a y desde zonas alejadas en la planta. Si está en silla de ruedas, su movilidad cuando se encuentra en ella	
g.	VESTIRSE	Cómo el residente se pone, abrocha y quita todas las piezas de la ropa de calle, además de cómo se pone o quita la prótesis	
h.	COMER	Cómo el residente come y bebe (independientemente de su habilidad). Incluye la ingesta de alimentos a través de otros medios (p. ej. Alimentación por sonda, nutrición parenteral total)	
i.	USO DEL ASEO	Cómo el residente usa el aseo (silla-orinal, cuña, orinal), cómo se limpia, cómo se levanta/sienta en el aseo (transferencia), cómo cambia los absorbentes cómo maneja las ostomías o sondas, cómo se recoloca la ropa	

j.	HIGIENE PERSONAL	Cómo el residente mantiene su higiene personal, incluido peinarse, cepillar los dientes, afeitarse, maquillarse, lavarse y secarse la cara, las manos y el perineo (EXCLUYENDO baños y duchas)	
2.	BAÑARSE	Cómo el residente toma un baño completo, una ducha o un baño por partes y entra y sale de la bañera/ducha (transferencia) (EXCLUYENDO el lavado de la espalda y pelo). Codifique según la actuación más dependiente y mayor ayuda. (A) Los códigos para la actuación propia en la actividad de baño aparecen debajo (B) Los códigos para la ayuda en la actividad del baño se definen en el punto 1, código B	A B
		<p>0. Independiente Ninguna ayuda aportada</p> <p>1. Supervisión – Sólo vigilancia</p> <p>2. Ayuda física limitada sólo en la transferencia</p> <p>3. Ayuda física en parte de la actividad del baño</p> <p>4. Dependencia total</p> <p>8. La actividad no tuvo lugar en los últimos 7 días</p>	
3.	PRUEBA DE EQUILIBRIO (Ver manual de formación)	(Codifique según la habilidad en la prueba en los últimos 7 días)	
		<p>0. Posición mantenida tal y como se requiere en la prueba</p> <p>1. Inestable, pero capaz de recuperar el equilibrio por sí mismo sin ayuda física</p> <p>2. Ayuda física parcial durante la prueba o se mantiene en pie (se sienta) pero no sigue las directrices de la prueba</p> <p>3. Incapaz de realizar la prueba sin ayuda física</p> <p>a) Equilibrio cuando está de pie</p> <p>b) Equilibrio sentado, control del tronco</p>	
4.	LIMITACIÓN FUNCIONAL EN EL RANGO DEL MOVIMIENTO (Ver manual de formación)	(Codifique según las limitaciones que interfirieron con las funciones diarias o pusieron al residente en riesgo de lesión durante los últimos 7 días)	
		<p>(A) RANGO DE MOVIMIENTO</p> <p>0. Ninguna limitación</p> <p>1. Limitación en un lado del cuerpo</p> <p>2. Limitación en ambos lados del cuerpo</p> <p>(B) MOVIMIENTO VOLUNTARIO</p> <p>0. Sin pérdida</p> <p>1. Pérdida parcial</p> <p>2. Pérdida total</p>	A B
		<p>a.- Cuello</p> <p>b.- Brazo – incluidos hombros y codo</p> <p>c.- Mano – incluidos muñeca o dedos</p> <p>d.- Pierna – incluidas cadera o rodilla</p> <p>e.- Pie – incluidos tobillo o dedos del pie</p> <p>f.- Otra limitación o pérdida</p>	
5.	MÉTODOS DE LOCOMOCIÓN	(Marque todos los que procedan durante los últimos 7 días)	
		<p>a.- Bastón/ andador/ muleta</p> <p>b.- Silla de ruedas y movilidad propia</p> <p>c.- Silla de ruedas, que precisa la ayuda de otra persona</p> <p>d.- Silla de ruedas es el principal medio de locomoción</p> <p>e.- NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p>	a. b. c. d. e.
6.	MÉTODOS DE TRANSFERENCIAS	(Marque todos los que procedan durante los últimos 7 días)	
		<p>a.- Encamado toda o la mayor parte del tiempo</p> <p>b.- Barandillas de cama utilizadas para la movilidad en la cama o transferencia</p> <p>c.- Movilizado manualmente</p> <p>d.- Movilizado mecánicamente</p> <p>e.- Ayuda complementaria (ej.: trapecio, bastón, andador, abrazadera)</p> <p>f.- NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p>	a. b. c. d. e. f.

7.	SUBDIVISIÓN DE LAS TAREAS	Todas o alguna de las actividades de la vida diaria se dividieron en subtareas durante los últimos 7 días para que el residente pudiese llevarlas a cabo 0. No 1. Sí	
8.	POTENCIAL DE REHABILIT/FUNCIONAL PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	a.- El residente cree que es capaz de aumentar su independencia en alguna de las actividades de la vida diaria por lo menos b.- El personal de cuidados directo cree que el residente es capaz de aumentar su independencia en alguna de las actividades de la vida diaria por lo menos. c.- El residente es capaz de realizar tareas/actividades pero es muy lento. d.- Diferencia entre la realización propia de la actividad de la vida diaria y la ayuda para la actividad de la vida diaria, si comparamos mañanas y tardes e.- NINGUNA DE LAS ANTERIORES	a. b. c. d. e.
9.	CAMBIO EN LA FUNCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA	El estado de la realización propia de las actividades de la vida diaria del residente ha cambiado en comparación con el estado de hace 90 días o desde la última valoración si hace menos de 90 días. 0. Sin cambio 1. Mejorado 2. Empeorado	

SECCIÓN H. CONTINENCIA EN LOS ÚLTIMOS 14 DÍAS

1	(Codifique según la capacidad DEL RESIDENTE DURANTE TODOS LOS TURNOS)		
	0. CONTINENTE - Control completo (incluye el uso de sondas permanentes o dispositivos de ostomía que no tengan pérdidas de orina o heces)		
	1. HABITUALMENTE CONTINENTE - VEJIGA: Episodios de incontinencia una vez por semana o menos. INTESTINO: menos de una vez a la semana		
	2. OCASIONALMENTE INCONTINENTE - VEJIGA: 2 o más veces por semana pero no a diario. INTESTINO: una vez por semana.		
	3. FRECUENTEMENTE INCONTINENTE - VEJIGA: Tendencia a ser incontinente a diario, pero preserva algo de control. (ej.: en el turno de día). INTESTINO: 2-3 veces por semana.		
	4. INCONTINENTE - Tuvo un control inadecuado. VEJIGA: múltiples episodios diarios; INTESTINO, todo (o casi todo) el tiempo.		
a.	CONTINENCIA INTESTINAL	Control intestinal con dispositivos (ej.: de ostomía) o programas de continencia intestinal, si se utilizan	
b.	CONTINENCIA VESICAL	Control de la función de la vejiga urinaria (si gotea el volumen no es suficiente para empapar la ropa interior), con dispositivos (ej.: Foley) o programas de continencia, si se utilizan	
2.	PATRÓN DE ELIMINACIÓN INTESTINAL	a.- Patrón de eliminación intestinal regular. Por lo menos una deposición cada tres días b.- Estreñimiento c.- Diarrea d.- Fecaloma (impactación fecal) e.- NINGUNA DE LAS ANTERIORES	a. b. c. d. e.
3.	DISPOSITIVOS Y PROGRAMAS	a.- Cualquier plan de horario fijo para ir al aseo b.- Programa de reeducación de la vejiga c.- Colector externo (condón) d.- Sonda permanente e.- Sonda intermitente f.- No utilizó el aseo/silla con orinal g.- Uso de absorbentes h.- Enemas/irrigación i.- Ostomía presente j.- NINGUNA DE LAS ANTERIORES	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j.
4.	CAMBIO EN LA CONTINENCIA URINARIA	La continencia urinaria del residente ha cambiado en comparación con el estado de hace 90 días (o desde la última valoración si hace menos de 90 días) 0. Sin cambio 1. Mejorado 2. Empeorado	

SECCIÓN I. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDADES				
Marque sólo aquellas enfermedades que tengan relación con el estado actual de las actividades de la vida diaria, estado cognitivo, estado de ánimo y conducta, tratamientos médicos, vigilancia de enfermedad o riesgo de muerte (No registre los diagnósticos inactivos). (Si no hay ninguna marque ninguna de las anteriores)				
1.	ENFERMEDADES	ENDOCRINAS/METABÓLICAS /NUTRICIONALES a. Diabetes mellitus b. Hipertiroidismo c. Hipotiroidismo CARDÍACAS/CIRCULATORIAS d. Cardiopatía arterioesclerótica e. Arritmias cardíacas f. Insuficiencia cardíaca congestiva g. Trombosis venosa profunda h. Hipertensión i. Hipotensión j. Enfermedad vascular periférica k. Otra enfermedad cardiovascular MUSCULOESQUELÉTICAS l. Artrosis/Artritis m. Fractura de fémur n. Pérdida de un miembro (ej. amputación) o. Osteoporosis p. Fractura ósea patológica NEUROLÓGICAS q. Enfermedad de Alzheimer r. Afasia s. Parálisis cerebral t. Accidente cerebrovascular u. Otra demencia distinta a Alzheimer v. Hemiplejía/hemiparesia w. Esclerosis múltiple x. Paraplejía y. Enfermedad de Parkinson z. Tetraplejía aa. Epilepsia bb. Accidente isquémico transitorio (AIT) cc. Lesión cerebral traumática PSIQUIÁTRICAS/DEL ESTADO DE ÁNIMO dd. Trastorno de ansiedad ee. Depresión ff. Trastorno bipolar gg. Esquizofrenia PULMONARES hh. Asma ii. Enfisema/EPOC SENSORIALES jj. Cataratas kk. Retinopatía diabética ll. Glaucoma mm. Degeneración macular OTRAS nn. Alergias oo. Anemia pp. Cáncer qq. Insuficiencia renal rr. NINGUNA DE LAS ANTERIORES	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m. n. o. p. q. r. s. t. u. v. w. x. y. z. aa. bb. cc. dd. ee. ff. gg. hh. ii. jj. kk. ll. mm. nn. oo. pp. qq. rr.	
2.	INFECCIONES	a.- Infecciones resistentes a los antibióticos (p. ej. Estafilococo meticilín-resistente) b.- Clostridium difficile (c. Diff.) c.- Conjuntivitis d.- Infección por VIH e.- Neumonía f.- Infección respiratoria g.- Septicemia h.- Enfermedad de transmisión sexual i.- Tuberculosis j.- Infección del tracto urinario (últ. 30 días) k.- Hepatitis vírica l.- Infección de herida m.- NINGUNA DE LAS ANTERIORES	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m.	

3.	OTROS DIAGNÓSTICO ACTUALES O MÁS DETALLADOS Y CÓDIGOS CIE-9	a.	
		b.	
		c.	
		d.	
		e.	

5.	ESTABILIDAD DEL ESTADO DE SALUD	a.- Las alteraciones/ enfermedades desestabilizan el estado cognitivo, los patrones de las actividades de la vida diaria, de estado de ánimo o comportamiento del residente (fluctuando, haciéndose precarias o deteriorándose)	a.
		b.- El residente sufre un episodio agudo o una exacerbación de un problema recurrente o crónico	b.
		c.- Enfermedad en estado terminal, 6 meses o menos de vida	c.
		d.- NINGUNA DE LAS ANTERIORES	d.

SECCIÓN J. PROBLEMAS DE SALUD

1.	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ESTADO DE SALUD	Marque todos los problemas presentes en los últimos 7 días a no ser que se indique otro marco temporal	
		INDICADORES DEL BALANCE HÍDRICO	
		a. Ganancia o pérdida de peso de 1,5 Kg o más dentro de un período de 7 días	a.
		b. Incapacidad de mantenerse acostado debido a la disnea	b.
		c. Deshidratado, las pérdidas superan a la ingesta	c.
		d. Escasez de líquidos, no consume todos o casi todos los líquidos que se le ofrecen durante los últimos 3 días	d.
		OTROS	e.
		e. Delirio	e.
		f. Mareo/vértigo	f.
		g. Edema	g.
		h. Fiebre	h.
		i. Alucinaciones	i.
		j. Hemorragia interna	j.
		k. Broncoaspiraciones recurrentes en los últimos 90 días	k.
		l. Disnea	l.
		m. Síncope (desmayo)	m.
		n. Marcha inestable	n.
		o. Vómitos	o.
		p. NINGUNA DE LAS ANTERIORES	p.
2.	DOLOR	(Codifique la mayor intensidad de dolor en los últimos 7 días)	
		a. FRECUENCIA con la que el residente se queja o da muestras de dolor	
		0. Sin dolor (salte a J4) 1. No a diario 2. A diario	
		b. INTENSIDAD del dolor	
		1. Dolor leve	
		2. Dolor moderado	
		3. El dolor es a veces insoportable	
3.	LOCALIZA/ DEL DOLOR	(Si tiene dolor, marque todas las localizaciones que procedan en los últimos 7 días)	
		a. Dolor de espalda	a.
		b. Dolor de huesos	b.
		c. Dolor torácico mientras hace actividades normales	c.
		d. Dolor de cabeza	d.
		e. Dolor de cadera	e.
		f. Dolor de la zona o herida quirúrgica	f.
		g. Dolor en las articulaciones (excluida la cadera)	g.
		h. Dolor de partes blandas (ej.: lesión, muscular)	h.
		i. Dolor gástrico	i.
		j. Otras	j.
4.	ACCIDENTES	(Marque todos los que procedan)	
		a. Ha sufrido caídas en los últimos 30 días	a.
		b. Ha sufrido caídas en los últimos 31-180 días	b.
		c. Fractura de cadera en los últimos 180 días	c.
		d. Otra fractura en los últimos 180 días	d.
		e. NINGUNO DE LOS ANTERIORES	e.

SECCIÓN K. ESTADO BUCAL/NUTRICIONAL

1.	PROBLEMAS BUCALES	a.- Problemas de masticación	a.
		b.- Problemas de deglución	b.
		c.- Dolor oral	c.
		d.- NINGUNO DE LOS ANTERIORES	d.
2.	ESTATURA Y PESO	Registre (a) altura en cm. y (b) peso en kgr. Basese en el peso de la medición más reciente de los últimos 30 días, mida el peso de forma coherente de acuerdo con la práctica más común, p. ej. por la mañana después de evacuar, antes de las comidas, sin zapatos y en pijama.	
		a. Estatura (cm) _____ b. Peso (kgr) _____	
3.	MODIFICA/ DEL PESO	a. Pérdida de peso - 5% o más en los últimos 30 días o 10% o más en los últimos 180 días	
		0. No 1. Si	
		b. Aumento del peso - 5% o más en los últimos 30 días o 10% o más en los últimos 180 días	
		0. No 1. Si	
4.	PROBLEMAS NUTRICIÓN	a.- Se queja del sabor de muchos alimentos	a.
		b.- Quejas regulares o repetitivas de hambre	b.
		c.- Deja el 25% o más de los alimentos sin comer en la mayoría de las comidas	c.
		d.-NINGUNO DE LOS ANTERIORES	d.
5.	MÉTODOS DE NUTRICIÓN	(Marque todos los que procedan en los últimos 7 días)	
		a.- Parenteral/IV	a.
		b.- Sonda de alimentación	b.
		c.- Dieta alterada mecánicamente	c.
		d.- Jeringa (alimentación oral)	d.
		e.- Dieta terapéutica	e.
		f.- Suplemento dietético entre las comidas	f.
		g.- Platos y utensilios especiales	g.
		h.- Programa de cambio de peso planificado	h.
		i.- NINGUNO DE LOS ANTERIORES	i.
		6.	ALIMENTACIÓN PARENTERAL O ENTERAL
a. Codifique la proporción de calorías totales que el residente ha recibido vía parenteral o mediante alimentación por sonda en los últimos 7 días.			
0. Ninguna 3. 51% a 75%			
1. 1% a 25% 4. 76% a 100%			
2. 26% a 50%			
b. Codifique la cantidad de líquido administrado a diario vía IV o sonda en los últimos 7 días.			
0. Ninguna 3. 1001 a 1500 cc/día			
1. Hasta 500 cc/día 4. 1501 a 2000 cc/día			
2. 501 a 1000 cc/día 5. 2001 o más cc/día			

SECCIÓN L. ESTADO BUCAL/DENTAL		
1.	ESTADO BUCAL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD	<p>a. -Residuos (sustancias blandas que se quitan fácilmente presentes en la boca antes de acostarse por la noche)</p> <p>b. -Tiene dentaduras postizas o puentes de quitar y poner</p> <p>c. -Perdió parte/toda la dentadura natural - no tiene o no usa dentaduras postizas (o dentaduras postizas parciales)</p> <p>d. -Dientes rotos, flojos o con caries</p> <p>e. -Encías inflamadas (gingivitis), encías hinchadas o sangrantes, abscesos orales, úlceras o erupciones</p> <p>f. -Limpieza diaria de los dientes/dentaduras postizas o cuidado diario de la boca - los efectúa el residente o personal</p> <p>g. -NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p>
		a.
		b.
		c.
		d.
		e.
		f.
		g.

SECCIÓN M. ESTADO DE LA PIEL		
1.	ÚLCERAS (Debidas a cualquier causa)	<p>(Registre el número de úlceras en cada estadio – independientemente de la causa. Si no hay ninguna en el estado en cuestión, registre "0" (cero). Codifique todo lo que proceda durante los últimos 7 días. Código 9=9 o más. Requiere un examen completo del cuerpo)</p> <p>a. Grado 1. Zona persistente de enrojecimiento cutáneo (sin desgarramiento de la piel) que no desaparece cuando se elimina la presión.</p> <p>b. Grado 2. Pérdida parcial del espesor de capas de piel que se presenta clínicamente como una abrasión, ampolla o una ulceración superficial.</p> <p>c. Grado 3. Pérdida del espesor de la piel, con la exposición de tejidos subcutáneos - se presenta como una ulceración profunda con o sin tejido adyacente hundido.</p> <p>d. Grado 4. Pérdida total de la piel y tejido subcutáneo, con la exposición de músculo o hueso.</p>
2.	TIPO DE ÚLCERA	<p>(Para cada tipo de úlcera, codifique según el estadio más avanzado en los últimos 7 días utilizando la escala del punto M1 (0=ninguna; Grados 1,2,3,4)</p> <p>a. Úlcera por presión: cualquier lesión causada por presión que origina un daño en el tejido subyacente</p> <p>b. Úlcera de estasis: lesión abierta causada por circulación deficiente de las extremidades inferiores</p>
3.	HISTORIA DE ÚLCERAS CURADAS	<p>El residente tuvo una úlcera que se resolvió o curó en los ÚLTIMOS 90 DÍAS</p> <p>0. No 1. Sí</p>
4.	OTROS PROBLEMAS CUTÁNEOS O LESIONES PRESENTES	<p>(Marque todos los puntos que procedan durante los últimos 7 días)</p> <p>a. Abrasión, hematomas</p> <p>b. Quemaduras (de segundo o tercer grado)</p> <p>c. Otras lesiones abiertas distintas a las úlceras, erupciones, cortes (p. ej.: lesiones cancerosas).</p> <p>d. Erupciones (p. ej.: intertrigo, eczema, erupción medicamentosa, erupción por calor, herpes zoster)</p> <p>e. Piel insensible al dolor o presión</p> <p>f. Desgarramientos o cortes (excepto los quirúrgicos)</p> <p>g. Heridas quirúrgicas</p> <p>h. NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p>
		a.
		b.
		c.
		d.
		e.
		f.
		g.
		h.

5.	TRATAMIENTOS CUTÁNEOS	<p>Marque todos los que procedan durante los últimos 7 días)</p> <p>a. Dispositivo/s de alivio de presión para la silla</p> <p>b. Dispositivo/s de alivio de presión para la cama</p> <p>c. Programas de cambios posturales</p> <p>d. Intervención nutricional o hidratación para tratar problemas cutáneos</p> <p>e. Cuidado de las úlceras</p> <p>f. Cuidado de heridas quirúrgicas</p> <p>g. Aplicación de apósitos (con o sin medicaciones tópicas) en otras partes distintas a los pies</p> <p>h. Aplicación de pomadas/medicamentos (en otras partes distintas a los pies)</p> <p>i. Otro cuidado cutáneo preventivo o de protección (distinto al de los pies)</p> <p>j. NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p>
		a.
		b.
		c.
		d.
		e.
		f.
		g.
		h.
		i.
		j.
6.	PROBLEMAS Y CUIDADOS DE LOS PIES	<p>(Marque todo lo que proceda durante los últimos 7 días)</p> <p>a. El residente tiene uno o más problemas en el pie (ej.: callos, durezas, juanetes, dedos del pie en martillo, dedos del pie superpuestos, dolor, problemas estructurales)</p> <p>b. Infección del pie (ej.: celulitis, absceso)</p> <p>c. Lesiones abiertas en el pie</p> <p>d. Uñas/callos tratados durante los últimos 90 días</p> <p>e. Ha recibido cuidados preventivos o de protección de los pies (p. ej.: ha usado calzado especial, plantillas, fundas, separadores de dedos del pie).</p> <p>f. Aplicación de apósitos (con o sin medicamentos tópicos)</p> <p>g. NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p>
		a.
		b.
		c.
		d.
		e.
		f.
		g.

SECCIÓN N. PATRONES DE ACTIVIDADES DE OCIO		
1.	TIEMPO QUE ESTÁ DESPIERTO	<p>(Marque los períodos de tiempo apropiados durante los últimos 7 días)</p> <p>El residente está despierto todo o casi todo el tiempo (p.ej: no duerme más de una hora por período de tiempo)</p> <p>a.- Mañana</p> <p>b.- Mediodía</p> <p>c.- Tarde</p> <p>d.- NINGUNA DE LAS ANTERIORES</p> <p>(Si el residente está en coma, pase a la Sección O)</p>
2.	TIEMPO MEDIO DE DEDICACIÓN A LAS ACTIVIDADES	<p>(Cuando está despierto y no está recibiendo tratamientos o cuidados)</p> <p>0. La mayoría - más de 2/3 del tiempo</p> <p>1. Bastante - desde 1/3 a 2/3 del tiempo</p> <p>2. Poco - menos de 1/3 del tiempo</p> <p>3. Ninguno</p>
3.	LUGARES PREFERIDOS PARA LA ACTIVIDAD	<p>(Marque todos los lugares en los que prefiere desarrollar las actividades)</p> <p>a. Habitación propia</p> <p>b. Habitación de actividades</p> <p>c. Dentro del centro/fuera de la unidad</p> <p>d. Instalación exterior</p> <p>e. NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p>
4.	PREFERENCIAS GENERALES DE ACTIVIDAD (Adaptadas a las capacidades actuales del residente).	<p>(Marque todas las preferencias tanto si la actividad está o no a disposición del residente)</p> <p>a. Cartas/otros juegos</p> <p>b. Manualidades/actividades artísticas</p> <p>c. Ejercicio/deportes</p> <p>d. Música</p> <p>e. Lectura/escritura</p> <p>f. Actividades religiosas/espirituales</p> <p>g. Excursiones/ir de compras</p> <p>h. Paseos/paseos en silla de ruedas en el exterior</p> <p>i. Ver TV</p> <p>j. Jardinería o plantas</p> <p>k. Hablar, conversar</p> <p>l. Ayudar a otros</p> <p>m. NINGUNO DE LOS ANTERIORES</p>
		a.
		b.
		c.
		d.
		e.
		f.
		g.
		h.
		i.
		j.
		k.
		l.
		m.

5.	PREFIERE CAMBIOS EN LA RUTINA DIARIA	Codifique según las preferencias del residente en las rutinas diarias 0. Sin cambio 1. Cambios leves 2. Cambios importantes a. Tipo de actividades en las que el residente está actualmente involucrado b. Grado de implicación del residente en las actividades	
----	--------------------------------------	---	--

SECCIÓN O. FÁRMACOS			
1.	NÚMERO DE FÁRMACOS	(Registre el número de fármacos diferentes usados en los últimos 7 días , escriba "0" si no se utilizó ninguno)	
2.	NUEVOS FÁRMACOS	(El residente actualmente está recibiendo fármacos que se iniciaron en los últimos 90 días) 0. No 1. Si	
3.	INYECTABLES	(Registre el número de días en que el residente recibió inyecciones de cualquier tipo durante los últimos 7 días , escriba "0" si no ha recibido ninguna)	
4.	DÍAS EN LOS QUE HA RECIBIDO LOS SIGUIENTES FÁRMACOS	(Registre el número de días durante los últimos 7 días , escriba "0" si no ha recibido ninguna. Nota: escriba "1" para medicaciones de larga duración que se usasen menos de una vez por semana) a.- Antipsicóticos b.- Ansiolíticos c.- Antidepresivos d.- Hipnóticos e.- Diuréticos	

SECCIÓN P. TRATAMIENTOS ESPECIALES Y PROCEDIMIENTOS			
1.	TRATAMIENTOS ESPECIALES, PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMAS	a. CUIDADOS ESPECIALES. Marque los tratamientos y programas recibidos durante los últimos 14 días .	
		TRATAMIENTOS a. Quimioterapia b. Diálisis c. Medicación IV d. Ingesta/pérdida e. Monitorización de procesos médicos agudos f. Cuidados de ostomía g. Terapia con oxígeno h. Radioterapia i. Aspiración j. Cuidados de traqueotomía k. Transfusiones l. Ventilador o respirador PROGRAMAS m. Programa de desintoxicación de alcohol/droga n. Unidad de cuidados especiales de Alzheimer/demencia o. Cuidados paliativos p. Unidad Pediátrica q. Cuidados de respiro r. Enseñanza de las habilidades necesarias para volver a la comunidad (p.ej: tomar la medicación, tareas domésticas, ir de compras, utilizar el transporte, actividades de la vida diaria) s. NINGUNO DE LOS ANTERIORES	a. b. c. d. e. f. g. h. i. j. k. l. m. n. o. p. q. r. s.
2.	PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO, COMPORTAMIENTO/ DETERIORO COGNITIVO	(Marque todas las intervenciones o estrategias utilizadas en los últimos 7 días , independientemente de donde las haya recibido)	
		a. Programa de valoración de síntomas de conductas especiales b. Valoración por un profesional cualificado en salud mental en los últimos 90 días c. Terapia de grupo d. Cambios deliberados específicos en el entorno del residente para dirigir los patrones de estado de ánimo/conducta. p. ej.: ofrecer un cajón para que pueda revolver e. Reorientación. Ej.: dar indicaciones f. NINGUNO DE LOS ANTERIORES	a. b. c. d. e. f.

3.	CUIDADOS O TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN/ ADMINISTRADOS POR LA ENFERMERÍA	<p>Registre EL NÚMERO DE DÍAS de cada una de las siguientes técnicas de rehabilitación o cuidados que se le administraron al residente durante un número mayor o igual a 15 minutos (como mínimo) al día en los últimos 7 días (Anote "0" si no se ha administrado ninguna o menos de 15 minutos al día.)</p> <p>a. Movilización (pasiva) b. Movilización (activa) c. Ayuda para colocación de prótesis u órtesis</p> <p>EDUCACIÓN Y PRÁCTICA DE HABILIDADES EN:</p> <p>d. Movilidad en la cama e. Transferencia f. Caminar g. Vestirse o arreglarse h. Comer o deglutir i. Cuidado de muñones de amputación o prótesis j. Comunicación k. Otros</p>
4.	APARATOS Y MEDIDAS DE RESTRICCIÓN	<p>Use los siguientes códigos para los últimos 7 días</p> <p>0. No se usaron 1. No se usaron a diario 2. Usados a diario</p> <p>a. Barandillas completas ambos lados de la cama b. Otros tipos de barandillas laterales usadas (p.ej.: media barandilla, en un lado) c. Restricción de tronco d. Restricción de miembros e. Silla de sujeción (Impide levantarse)</p>
5.	ESTANCIAS EN EL HOSPITAL	Registre el número de veces que ingresó el residente en el hospital con una estancia de una noche, por lo menos, en los últimos 90 días (o desde la última valoración si hace menos de 90 días. (Escriba "0" si no ingresó en el hospital)
6.	VISITA/S A LA SALA DE URGENCIAS	Registre el número de veces que el residente acudió a la sala de urgencias sin pasar una noche en los últimos 90 días (o desde la última valoración si hace menos de 90 días) (Escriba "0" si no acudió a la sala de urgencias)
7.	VISITAS DEL MÉDICO	Cuántos días consultó el médico al residente en los últimos 14 días (o desde el ingreso si hace menos de 14 días que está en el centro). (Escriba "0" si no lo consultó)
8.	CAMBIOS DE ÓRDENES MÉDICAS	Número de días en los que el médico ha cambiado las órdenes del residente en los últimos 14 días (o desde el ingreso si hace menos de 14 días que está en el centro). Incluiremos volantes, cambios de dosis, interconsultas, etc. (Escriba "0" si no las ha cambiado o es "seguir igual")
9.	VALORES DE LABORATOR. ANORMALES	¿Ha tenido el residente algunos valores de laboratorio anormales en los últimos 90 días (o desde el ingreso)? 0. No 1. Sí

SECCIÓN Q. POSIBILIDADES PARA EL ALTA		
1.	POSIBILIDAD PARA EL ALTA	<p>a. El residente expresa/muestra su preferencia para volver a la comunidad 0. No 1. Sí</p> <p>b. El residente cuenta con una persona de apoyo que está de acuerdo con el alta 0. No 1. Sí</p> <p>c. Está previsto que la estancia sea de corta duración - está previsto que el alta se efectúe en el período de 90 días (descontando una alta esperada por fallecimiento) 0. No 1. Dentro de un período de 30 días 2. Dentro de un período de 31-90 días 3. Fecha del alta incierta</p>
2.	CAMBIO GENERAL DE LAS NECESIDADES DEL CUIDADO	<p>La autonomía total del residente ha cambiado de modo significativo en comparación con el estado de hace 90 días (o desde la última valoración si hace menos de 90 días)</p> <p>0. Sin cambio 1. Mejorada. Recibe menos ayudas, necesita un nivel de cuidados menos intensivo 2. Deteriorada. Recibe más apoyo</p>

SECCIÓN R. INFORMACIÓN DE LA VALORACIÓN																						
1.	PARTICIPACIÓN EN LA VALORACIÓN	<p>a. Residente: 0. No 1. Si</p> <p>b. Familia: 0. No 1. Si 2. No familia</p> <p>c. Otras personas relevantes: 0. No 1. Si 2. Ninguna</p>																				
2.	FIRMAS DE LAS PERSONAS QUE PARTICIPARON EN LA VALORACIÓN																					
	<p>a. Firma del coordinador de la valoración RN (Firme en la línea anterior)</p> <p>b. Fecha en la que el coordinador de la valoración RN firmó la finalización</p>																					
	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Día</td> <td colspan="3">Mes</td> <td colspan="4">Año</td> </tr> </table>											Día			Mes			Año				
Día			Mes			Año																
	Otras firmas	Cargo Secciones																				
	c.-	Fecha																				
	d.-	Fecha																				
	e.-	Fecha																				
	f.-	Fecha																				
	g.-	Fecha																				
	h.-	Fecha																				