



VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA Y DEFICIENCIAS EN PERSONAS MAYORES

I. VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

Dependencia

I.1.- Movilización

<input type="checkbox"/> 1.1	Autónomo
<input type="checkbox"/> 1.2	Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, W.C., silla o silla de ruedas
<input type="checkbox"/> 1.3	Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, W.C., silla o silla de ruedas
<input type="checkbox"/> 1.4	La ayuda es necesaria de forma permanente

I.2.- Deambulación y desplazamiento

<input type="checkbox"/> 2.1	Autónomo, aunque lleva algún medio de apoyo.
<input type="checkbox"/> 2.2	Necesita ayuda esporádica
<input type="checkbox"/> 2.3	Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación
<input type="checkbox"/> 2.4	Hay que desplazarle siempre: Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado

I.3.- Aseo

<input type="checkbox"/> 3.1	Autónomo.
<input type="checkbox"/> 3.2	Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: Lavado de manos, cara, etc afeitado, peinado.
<input type="checkbox"/> 3.3	Necesita ayuda frecuentemente para el aseo diario
<input type="checkbox"/> 3.4	Hay que ayudarlo siempre

I.4.- Vestido

<input type="checkbox"/> 4.1	Autónomo.
<input type="checkbox"/> 4.2	En ocasiones hay que ayudarlo. Precisa de supervisión.
<input type="checkbox"/> 4.3	Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarse.
<input type="checkbox"/> 4.4	Es necesario vestirle y calzarle totalmente.

I.5.- Alimentación

<input type="checkbox"/> 5.1	Lo hace solo
<input type="checkbox"/> 5.2	Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos.
<input type="checkbox"/> 5.3	Precisa, con frecuencia, ayuda para comer. Se le suelen preparar los alimentos.
<input type="checkbox"/> 5.4	Hay que administrarle la comida

I.6.- Higiene esfinteriana

<input type="checkbox"/> 6.1	Continencia. Incontinencia urinaria esporádica.
<input type="checkbox"/> 6.2	Incontinencia urinaria nocturna y /o fecal esporádica. Colostomía.
<input type="checkbox"/> 6.3	Incontinencia urinaria frecuente, diurna y nocturna. Sonda vesical.
<input type="checkbox"/> 6.4	Incontinencia urinaria y fecal totales.



I.7.- Administración de tratamientos

<input type="checkbox"/> 7.1	No precisa. Gestión autónoma.
<input type="checkbox"/> 7.2	Necesita supervisión en la toma de medicación y/ o ayuda ocasional en la administración.
<input type="checkbox"/> 7.3	Hay que administrarle la medicación diariamente.
<input type="checkbox"/> 7.4	Precisa sueroterapia, oxigenoterapia, alimentación por sonda nasogástrica, etc.

I.8.- Cuidados de enfermería

Prevención de escaras, control de balance de ingesta – eliminación, constantes vitales.

<input type="checkbox"/> 8.1	No precisa
<input type="checkbox"/> 8.2	Precisa cura o actuación de enfermería ocasional.
<input type="checkbox"/> 8.3	Precisa cura o actuación de enfermería periódicamente.
<input type="checkbox"/> 8.4	Supervisión continuada: Atención a enfermos terminales, curas de lesiones graves, etc.

I.9.- Necesidad de vigilancia

<input type="checkbox"/> 9.1	No precisa
<input type="checkbox"/> 9.2	Trastornos de conducta temporales que impliquen necesidad de vigilancia ocasional.
<input type="checkbox"/> 9.3	Trastornos de conducta permanentes que alteren la convivencia de forma moderada
<input type="checkbox"/> 9.4	Trastornos de conducta permanentes que alteren la convivencia de forma grave.

I.10.- Colaboración

<input type="checkbox"/> 10.1	Colaborador
<input type="checkbox"/> 10.2	Comportamiento pasivo (necesita estímulo)
<input type="checkbox"/> 10.3	No colabora
<input type="checkbox"/> 10.4	Rechazo categórico y constante.

II CRITERIOS DE ORIENTACIÓN

Deficiencia Física

II. 1.- Estabilidad

<input type="checkbox"/> 1.1	Se mantiene bien de pie o en cualquier postura.
<input type="checkbox"/> 1.2	Ligera inseguridad en la marcha. Riesgo leve de caída. (ej. Mareos frecuentes)
<input type="checkbox"/> 1.3	Marcada inseguridad en la marcha. Caídas frecuentes.
<input type="checkbox"/> 1.4	No puede permanecer de pie sin apoyo.

II.2.- Visión y audición

<input type="checkbox"/> 2.1	Visión normal o corrección con lentes. Oye bien. Casos no valorables.
<input type="checkbox"/> 2.2	Ligera disminución de la visión mal compensada con lentes. Sordera moderada. Audífono
<input type="checkbox"/> 2.3	Marcada disminución de la visión que no puede compensarse con lentes. Sordera total.
<input type="checkbox"/> 2.4	Ceguera total



II.3.- Alteraciones del aparato locomotor

<input type="checkbox"/> 3.1	Movilidad y fuerza normales. Sensibilidad normal. Casos no valorables.
<input type="checkbox"/> 3.2	Ligera limitación de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco.
<input type="checkbox"/> 3.3	Limitación moderada de la movilidad. Anquilosis en articulación. Amputación parcial.
<input type="checkbox"/> 3.4	Limitación grave de la movilidad. Amputación completa, sin prótesis. Desarticulación.

II.4.- Otras funciones neurológicas. Rigidez, movimientos anormales, crisis comiciales.

<input type="checkbox"/> 4.1	Sin alteraciones.
<input type="checkbox"/> 4.2	Temblor ligero. Movimientos anormales ocasionales. Ligera hipertonía y/ o rigidez.
<input type="checkbox"/> 4.3	Temblor moderado. Crisis comiciales ocasionales. Movimientos anormales frecuentes.
<input type="checkbox"/> 4.4	Temblor importante. Crisis comiciales frecuentes. Rigidez importante.

II.5.- Aparato respiratorio o cardiovascular.

<input type="checkbox"/> 5.1	Sin alteraciones
<input type="checkbox"/> 5.2	Diseña de mediano esfuerzo (escaleras). Claudicación intermitente leve.
<input type="checkbox"/> 5.3	Diseña de mínimos esfuerzos. Dolor vascular ligero y permanente.
<input type="checkbox"/> 5.4	Diseña continua grave. Dolor vascular permanente, moderado o grave.

Deficiencia Psíquica.

II.6.- Lenguaje y Comprensión.

<input type="checkbox"/> 6.1	Habla normalmente. Comprensión buena.
<input type="checkbox"/> 6.2	Alguna dificultad en la expresión oral. En ocasiones no entiende lo que se le dice.
<input type="checkbox"/> 6.3	Disartria o disfasia intensa. Poca coherencia o expresividad.
<input type="checkbox"/> 6.4	Afasia. Lenguaje ininteligible o incoherente. Apenas habla. No responde órdenes sencillas

II.7.- Orientación y Memoria.

<input type="checkbox"/> 7.1	Bien orientado en tiempo y espacio. Buena memoria
<input type="checkbox"/> 7.2	Desorientación ocasional. Buen manejo en su casa. Despistes u olvidos ocasionales.
<input type="checkbox"/> 7.3	Desorientación en tiempo y espacio. Pérdida frecuente de objetos. No identifica bien.
<input type="checkbox"/> 7.4	Desorientación total. Pérdida de la propia identidad. No reconoce lazos afectivos.

II.8.- Trastornos del comportamiento.

<input type="checkbox"/> 8.1	No presenta problemas
<input type="checkbox"/> 8.2	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales leves. (ej. Irritabilidad)
<input type="checkbox"/> 8.3	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales moderadas (ej agresividad)
<input type="checkbox"/> 8.4	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales graves.



II.9.- Capacidad de juicio. Valerse correctamente del dinero cuando va a comprar, llamar desde un teléfono público, ejecución de órdenes sencillas.

<input type="checkbox"/> 9.1	Normal para su edad y situación.
<input type="checkbox"/> 9.2	Tiene alguna dificultad para resolver problemas y situaciones nuevas.
<input type="checkbox"/> 9.3	Le cuesta mucho resolver problemas sencillos.
<input type="checkbox"/> 9.4	No puede desarrollar ningún razonamiento.

II.10.- Alteraciones del sueño.

<input type="checkbox"/> 10.1	Duerme bien habitualmente, sin medicación.
<input type="checkbox"/> 10.2	Duerme bien con medicación.
<input type="checkbox"/> 10.3	Duerme mal con medicación, sin afectar al entorno.
<input type="checkbox"/> 10.4	Alteraciones graves del sueño con agitación nocturna.

III. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Información referente al estado de salud que siendo de interés no ha sido objeto de atención en otro punto

IV. IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL

Informe emitido por.....

Colegiado nº de

Que presta sus servicios en:

Dependencia..... Teléfono

Municipio C.P.

En, a de de 200....

Firma