

RESIDENCIA ASISTIDA

CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

Nombre:

Mes:

Hab:

		ASEO BUCAL		LÍQUIDOS							COMIDAS							
Pautas actuación	DIAS	M	T	DESAY.	11,30 H	COMID.	MERIE.	18,15 H	CENA	NOCHE	TOTAL	DE	CO	ME	CE	M	T	N
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		
29																		
30																		
31																		

Líquidos:

Comida:

Poner la inicial del nombre del auxiliar que lo anota

Apuntar cantidad:
200 (1 vaso)
400 (2 vasos)

Tipo líquido:
A Agua
L Leche

G Gelatina
F Fórmula

1 Aceptable
1/2 50 %
1/4 25%
0 Nada

Nombre:

Mes:

Hab:

Pautas actuación DIAS	CAMBIOS POSTURALES								DEPOSICIONES						OTROS CUIDADOS		
	9	12	15	18	21	24	3	6	M	T	N						
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	

- Oxígeno ____ lx' de ____ a ____ horas.
- Colchón aire Cama Silla
- Retirar parches nitroglicerina
- Prótesis dental
- Seguridad abdominal Chale Cincha
- Barandillas Sábana cama chal.
- Acostar: 14 h. 17,30 h. 20 h. 21 h.
- Siesta: hasta las ____ horas.
- Suplemento nutricional. Tipo _____

OBSERVACIONES

Cambios posturales:

Deposiciones:

Poner la inicial del nombre del auxiliar que lo anota	N Normal D Diarreica F Fecalomas	Mucha cantidad Poca cantidad	Anotar los detalles especificos e importantes de los cuidados.
---	--	---------------------------------	--