

# PLAN DE ATENCIÓN Y VIDA (PAyV)

| DATOS PERSONALES           |                      |
|----------------------------|----------------------|
| Usuario/a numero:          | Fecha de alta:       |
| Apellidos:                 |                      |
| Nombre:                    | D.N.I.:              |
| Fecha de nacimiento:       | Lugar de nacimiento: |
| Domicilio particular:      | Teléfono:            |
| Profesional de referencia: |                      |

| DATOS SOCIO-SANITARIOS   |                       |
|--|-----------------------|
| Reg. Asistencia Sanitaria:   | Número S.S.:          |
| Centro de salud:   |                       |
| Medico de familia:   | Teléfono:             |
| Situación de incapacidad:<br><br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Grado de dependencia: |

| <b>EQUIPO DE VALORACIÓN</b> |             |                               |
|-----------------------------|-------------|-------------------------------|
| <b>Nombre y Apellidos:</b>  | <b>DNI:</b> | <b>Categoría profesional:</b> |
| <b>Nombre y Apellidos:</b>  | <b>DNI:</b> | <b>Categoría profesional:</b> |
| <b>Nombre y Apellidos:</b>  | <b>DNI:</b> | <b>Categoría profesional:</b> |
| <b>Nombre y Apellidos:</b>  | <b>DNI:</b> | <b>Categoría profesional:</b> |
| <b>Nombre y Apellidos:</b>  | <b>DNI:</b> | <b>Categoría profesional:</b> |
| <b>Nombre y Apellidos:</b>  | <b>DNI:</b> | <b>Categoría profesional:</b> |

## VALORACIÓN INICIAL

Fecha:

### AREA DE SALUD

#### Salud física:

Antecedentes clínicos:

Considera que su estado de salud en general es:

Muy bueno  Bueno  Regular  Malo  Muy malo

Índice de Katz

Índice de Lawton

| CAPACIDADES Y APOYOS |   |                                   |   |
|----------------------|---|-----------------------------------|---|
| COMER                | INDEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> | AYUDA<br><input type="checkbox"/> | DEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> |
| ASEO / BAÑO          | INDEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> | AYUDA<br><input type="checkbox"/> | DEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> |
| VESTIRSE             | INDEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> | AYUDA<br><input type="checkbox"/> | DEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> |
| ARREGLARSE           | INDEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> | AYUDA<br><input type="checkbox"/> | DEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> |
| USO WC               | INDEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> | AYUDA<br><input type="checkbox"/> | DEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> |
| MOVILIDAD            | INDEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> | AYUDA<br><input type="checkbox"/> | DEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> |
| SALIDAS AL EXTERIOR  | INDEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> | AYUDA<br><input type="checkbox"/> | DEPENDIENTE<br><input type="checkbox"/> |

Ayudas técnicas: Si / No

Indicar cuál:

Adaptaciones del entorno: Si / No Indicar cuál:

**Síndromes geriátricos:**

V. Estreñimiento: Primario  Secundario

V. Incontinencia: I.U.  I.F.  Mixta

V. Cutánea (Braden): Sin Riesgo  Riesgo

V. Caídas: Sin Riesgo  Riesgo

V. Nutricional Normal  Riesgo  Malnutrición  MNA

V. Sueño: Normal  Predormicial  De mantenimiento .

V. Dolor: No  Leve  Moderado  Intenso  Insoportable

**Órganos de los sentidos:**

Tiene dificultad para reconocer a otras personas cuando se encuentra con ellas, incluso con gafas: SI  NO

Tiene dificultad para leer el periódico o un libro, incluso con gafas: SI  NO

Tiene dificultad para oír una conversación, incluso con audífono: SI  NO

**Prótesis:**

Dental: Superior  Inferior  Completa  No

Visual: Gafas Si  No

Auditiva: Si  No

Tratamiento farmacológico:

Contención física: Si  No

Dieta:

**Salud psíquica:**

Área cognitiva: MEC  Yesavage  Cornell

Problemas de comportamiento:

| DIMENSIÓN | CAPACIDADES Y APOYOS |
|-----------|----------------------|
| COGNITIVA |                      |
| EMOCIONAL |                      |

| ÁREA SOCIAL          |   |  |   |
|----------------------|---|--|---|
| RED DE APOYO         |   |  |   |
| APOYO                | EMOCIONAL<br><input type="checkbox"/>                                 | INSTRUMENTAL<br><input type="checkbox"/> | NINGUNO<br><input type="checkbox"/>     |
| HABILIDADES SOCIALES |   |  |   |
| VISITAS FAMILIARES   | SEMANAL<br><input type="checkbox"/>                                   | QUINCENAL<br><input type="checkbox"/>    | MENSUAL o +<br><input type="checkbox"/> |
| SALIDAS DEL CENTRO   | DIARIA / SEMANAL<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | QUINCENAL<br><input type="checkbox"/>    | MENSUAL o +<br><input type="checkbox"/> |

| <b>ASPECTOS BIOGRÁFICOS</b> |  |  |   |
|-----------------------------|--|--|---|
| ESTADO CIVIL                | SOLTERO<br><input type="checkbox"/>    | CASADO<br><input type="checkbox"/>                     | VIUDO<br><input type="checkbox"/>           |
|                             | DIVORCIADO<br><input type="checkbox"/> |  |   |
| HABITAT                     | RURAL <input type="checkbox"/>         |  |   |
|                             | URBANO <input type="checkbox"/>        |  |   |
| FAMILIA                     | CONYUGE<br><input type="checkbox"/>    | HIJOS<br><input type="checkbox"/>                      | NIETOS<br><input type="checkbox"/>          |
|                             | HERMANOS<br><input type="checkbox"/>   | FAMILIARES DE 3º<br>GRADO<br><input type="checkbox"/>  | SIN FAMILIA<br><input type="checkbox"/>     |
| FORMACIÓN                   | E. Superiores <input type="checkbox"/> | E. Elementales <input type="checkbox"/>                | Sin escolarización <input type="checkbox"/> |
|                             | E. Medios <input type="checkbox"/>     | Mantiene lect. y<br>escritura <input type="checkbox"/> |   |

| <b>OCIO E INTERESES OCUPACIONALES</b> |                                     |                                      |                                  |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| HISTORIA LABORAL                      |                                     |                                      |                                  |
| AFICIONES E INTERESES                 |                                     |                                      |                                  |
| PARTICIPACIÓN                         | INTENSA<br><input type="checkbox"/> | MODERADA<br><input type="checkbox"/> | POCA<br><input type="checkbox"/> |

## ATENCIÓN PERSONALIZADA EN LA VIDA COTIDIANA

1. Como desea ser tratado

- a. De usted.
- b. De tú.
- c. Por su nombre...
- d. Por un apodo

Indicar cual:

2. Actividades de la vida diaria

a. Hora de levantarse.

b. Desayuno

- i. En el comedor
- ii. En la habitación.

c. Días de baño L M X J V S D

d. Desea que se le ayude en el aseo diario: Si  No

e. Desea comer y/o cenar en

- i. El comedor
- ii. La habitación

f. Desea seguir la dieta que le aconseja el departamento de salud

- i. Si
- ii. No  Indicar el motivo
- iii. Alimentos que no le gustan:

g. Desea cambiar de mesa en el comedor

- i. Si
- ii. No

h. Desea acostarse a dormir la siesta

- i. Si
- ii. No

i. Llave de su habitación

- i. Si
- ii. No  Motivo
- iii. Desea cambiar de habitación

j. Orden de armarios

- i. La persona residente
- ii. El personal con el consentimiento de la persona residente
  - 1. En mi presencia
  - 2. En mi ausencia

k. Desea tener foto en la puerta de su habitación:

- i. Sí  Indicar cuál:
- ii. No

l. Desea que le visite por la noche el gerocultor

- i. Si
- ii. No

m. Desea acostarse después de las diez de la noche

- i. Si  Indicar hora:
- ii. No

n. Desea que su nombre se incluya en el cartel de cumpleaños:

- i. Si
- ii. No

o. Salidas a la comunidad

- i. Solo
- ii. Acompañado

p. Necesidades espirituales

- i. Religión
- ii. Practicante
- iii. No practicante
- iv. Al final de la vida
  - 1. Si
  - 2. No

q. Imagen personal

- i. Peluquería
- ii. Estética

r. Otros hábitos de su vida cotidiana



## PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

| <b>Programa de promoción y prevención de la salud</b>          |  |
|--|--|
| <b>Objetivo:</b>   |  |
| <b>Actividades / Intervenciones:</b>                           |  |
| <b>Firma:</b><br><br><b>Nombre :</b><br><br><b>Cat. Prof.:</b> |  |

| <b>Programa de actividad física</b>                            |  |
|--|--|
| <b>Objetivo:</b>   |  |
| <b>Actividades / Intervenciones:</b>                           |  |
| <b>Firma:</b><br><br><b>Nombre :</b><br><br><b>Cat. Prof.:</b> |  |

| <b>Programa de mejora cognitiva</b>                            |  |
|--|--|
| <b>Objetivo:</b>   |  |
| <b>Actividades / Intervenciones:</b>                           |  |
| <b>Firma:</b><br><br><b>Nombre :</b><br><br><b>Cat. Prof.:</b> |  |

| <b>Terapias psicoafectivas</b>                                 |  |
|--|--|
| <b>Objetivo:</b>   |  |
| <b>Actividades / Intervenciones:</b>                           |  |
| <b>Firma:</b><br><br><b>Nombre :</b><br><br><b>Cat. Prof.:</b> |  |

| <b>Programa de animación sociocultural</b>                     |  |
|--|--|
| <b>Objetivo:</b>   |  |
| <b>Actividades / Intervenciones:</b>                           |  |
| <b>Firma:</b><br><br><b>Nombre :</b><br><br><b>Cat. Prof.:</b> |  |

| <b>Conformidad de la persona usuaria y familia</b> |                                      |                                      |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Usuario/a  | Familiar 1                           | Familiar 2                           |
| <b>Firma:</b>                                      | <b>Firma:</b>                        | <b>Firma:</b>                        |
| <b>Nombre:</b>                                     | <b>Nombre:</b><br><b>Parentesco:</b> | <b>Nombre:</b><br><b>Parentesco:</b> |



| <b>SEGUIMIENTO</b>                |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Profesional de referencia:</b> |  |
| <b>Fecha de revisión:</b>         |  |
| <b>Evaluación:</b>                |  |
| <b>Modificaciones propuestas:</b> |  |