



Serveis Clínics, S.A.

C/García Mariño, 4

08022 Barcelona

Tel: 93 417 46 01/02 Fax: 93 418 91 72

E-Mail: SERCLINICS@terra.es

## PROPOSTA D'INGRES A LA UNITAT DE TRACTAMENT SUPERVISAT DE MALALTS TUBERCULOSOS

DADES DEL MALALT	
Cognoms:	[REDACTED]
Nom:	[REDACTED]
Data de naixement:	[REDACTED] Sexe: [REDACTED]
Adreça:	[REDACTED] Num: [REDACTED] Telèfon: [REDACTED]
Municipi:	[REDACTED] Codi Postal: [REDACTED]
Província:	[REDACTED]
Si prové de l'estranger, indiqueu el país:	[REDACTED]

DADES DEL CENTRE O PERSONA QUE PROPOSA L'INGRÉS	
Cognoms:	[REDACTED]
Nom:	[REDACTED]
Professió:	[REDACTED]
Centre Sanitari:	[REDACTED] Municipi: [REDACTED]
Telèfon:	[REDACTED]
Núm. Història Clínica:	[REDACTED]

## DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Professió:

Treballa actualment:

SI

NO

(Possar una " X " en majúscules)

Tipus de treball:

Situació Social:

(Possar una " X " en majúscules)

1. Viu en família.
2. Viu en família desestructurada.
3. Viu sense domicili fixe.
4. Viu en institució tancada:
5. Presoner recent (des de fa menys de 2 anys).
5. Presoner recent (des de fa menys de 5 anys).

  
  
  
  
  

Quina?

## TRACTAMENT

Data d'inici:

Pauta indicada:

Modificació de la pauta:

Motius:

## DADES CLINIQVES I DIAGNOSTIQUES

Data probable de l'inici de la malaltia:

Localització:

Factors de risc:

Diabetes

Tabaquisme:

Alcoholisme:

VIH(+):

SIDA:

UDVP:

Silicosi

Gastrectomia:

Ins. Renal Crònica

Trt. Immunosupressor:

(Possar una " X " en majúscules)

(Possar una " X " en majúscules)

Bacteriologia:

Data:

Microscòpia (+):

Cultiu (+):

Microscòpia (-):

Cultiu (-):

No practicada:

Pendent:

Germen identificat:

Resultat antibiograma:

Data de la última microscòpia:

Resultat de la última microscopia:

## ALTRES DADES CLINIQVES D'INTERES

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

## ALTRES TRACTAMENTS


## VALORACIO D'INFERMERIA

ESTAT MENTAL: (consciència, orientació, alt. Llenguatge, demència, etc.)


HIGIENE:

--

S'HO FA ELL/ELLA


REQUEREIX AJUDA


(Possar una " X " en majúscules)

MOBILITAT:

Normal o lliure:

--

Repòs al llit per:

--

Pot seure:

--

Immobilitat limitada per:

--

Mobilitat limitada per:

--

Cadira de rodes, caminadors, crosses, etc.

--

ALIMENTACIO:

Tipus de dieta i/o suplement:

--

NORMAL


ASTRI


P.GASTR


TOVA


DIAB.


Via:


per via oral


requereix ajut


(Possar una " X " en majúscules)

menja tot sol/a

--

per Sonda Naso-gàstrica

--

ELIMINACIO:

Esponània:

--

Col·lector per:

--

Sonda vertical per:

--

(tipus, nº i data última col·locació)

ALTRES COMENTARIS:


DATA:

--

NOM:

--

## INFORME SOCIAL PER A PROPOSAR L'INGRES

NOM I COGNOMS:

MOTIU DE L'INFORME:

DIRIGIT A:

REALITZAT PER:

Nº HIST. CLINICA

DATA:

### 1. DADES GENERALS:

Familiar responsable, parentiu i telèfon de contacte:

### 2. SITUACIO FAMILIAR:

#### 2.1. GENOGRAMA:


#### 2.2. NUCLI DE CONVIVENCIA:

Viu sol:

Amb cònjuge:

Amb parella:

Amb cònjuge / parella i fills:

Amb fills:

Família extensa:

Amb altres familiars:

En una institució:

Amb amics:

Amb altres:


(Possar una " X " en majúscules)

#### 2.3. GRAU DE RELACIO FAMILIAR:

Bona:

Acceptable:

Dolenta:

Sense cap relació:


(Possar una " X " en majúscules)

3. SITUACIO LABORAL:

3.1. PROFESSIO:

3.2. OCUPACIO:

- Actiu amb estabilitat laboral:
- Actiu sense estabilitat laboral:
- Atur amb subsidi o prestació:
- Atur sense subsidi o prestació:
- Pensionista:

(Possar una " X " en majúscules)

4. SITUACIO ECONOMICA:

4.1. TIPUS D'INGRES:

4.2. QUANTITAT:

5. HABITATGE

5.1. TIPUS D'HABITATGE:

5.2. REGIM DE TINENCIA:

5.3. DESPESES DE VIVENDA:

6. SALUT:

6.1. DIAGNOSTICS:

6.2. ADICCIONS: SI  NO  (Possar una " X " en majúscules)

Quines:

Dates de començament:

Cotrol per CAS: SI  NO  (Possar una " X " en majúscules)

CAS de referència:

7. SITUACIO JUDICIAL:

Assumptes pendents amb la Justícia: SI  NO  (Possar una " X " en majúscules)

8. DIAGNOSTIC SOCIAL


9. INTERVENCIONS REALITZADES


10. OBSERVACIONS


SIGNATURA:

--

DATA:

--