

FECHA

--	--	--

Informe para auditoría oncológica

Datos del Afiliado

Apellido: _____ Nombres: _____

N° de afiliado: _____ N° de DNI: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Situación Laboral:

ACTIVO - PARTE MÉDICO - JUBILADO - SIN ACTIVIDAD LABORAL PREVIA

Médico oncólogo de cabecera: _____

Diagnóstico: _____

¿Es paciente del Programa Cuidar? SÍ NO Ambulatorio - Domicilio

Lugar de la entrevista: Consultorio - Domicilio del Afiliado

Otros Profesionales que intervienen: _____

Antecedentes Personales: _____

Antecedentes Familiares: _____

Alergia a Medicamentos: _____

Hábitos Tóxicos: _____

Intervenciones quirúrgicas: _____

Medicación Crónica: _____

Estado Físico:

NORMAL	OBESO	CUSHINGOIDE	EDEMATIZADO	ADELGAZADO	CAQUECTICO
Peso: _____ Kg	Talla: _____ cm	I.M.C. _____	Pérdida de Peso _____		
E.C.O.G.: _____	KARNOFSKY: _____	Horas en cama: _____			

Alimentación:

AUTOSUFICIENTE - NO AUTOSUFICIENTE	NORMAL - REDUCIDA - PREFERENCIAL - ESPECIAL
------------------------------------	---

Higiene

AUTOSUFICIENTE - NO AUTOSUFICIENTE

Vestido

AUTOSUFICIENTE - NO AUTOSUFICIENTE

Deambulaci3n:

NORMAL - CON DIFICULTAD - ASISTIDA: (BAST3N / ANDADOR / SILLA DE RUEDAS) - IMPOSIBLE
--

Estado General:

MUY BUENO - BUENO - REGULAR - MALO

Exploraci3n F3sica:

Piel y Faneras: _____

Cabeza y Cuello: _____

Aparato Cardiovascular: F.C.: _____ T/A: _____ // _____

Torax, Aparato Respiratorio: F.R.: _____ // _____

Abdomen: _____

Sistema Nervioso: _____

Exámenes Complementarios: _____

Tratamientos Realizados: _____

Dolor:

SIN DOLOR	LEVE	MODERADO	MUCHO	INSOPORTABLE
-----------	------	----------	-------	--------------

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Características de dolor: _____

Tratamiento: _____

Alteración del sueño:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fatiga:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Concentración:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alteración Movilidad:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Marcar lo que corresponda **L** (leve) **M** (moderado) y **G** (grave)

DISNEA	L	M	G	ASCITIS	L	M	G	OSTOMAS	L	M	G
TOS	L	M	G	ÚLCERAS	L	M	G	HERIDAS QUIRÚRG.	L	M	G
CONSTIPACIÓN	L	M	G	ESCARAS	L	M	G	TRISTEZA	L	M	G
DIARREA	L	M	G	EDEMAS	L	M	G	ANSIEDAD	L	M	G
PÉRDIDA DE PESO	L	M	G	ICTERÍCIA	L	M	G	DEPRESIÓN	L	M	G
VÓMITOS	L	M	G	PRURITO	L	M	G				
NÁUSEAS	L	M	G	PROB. EN LA BOCA	L	M	G				

Familiar responsable

_____ Parentesco: _____

DNI N° _____ Teléfono: _____

Familiograma:

Comentarios

Firma y Sello