

VALORACION DE LA DEPENDENCIA Y DEFICIENCIAS EN PERSONAS MAYORES

Nombre:	Apellidos:
----------------	-------------------

VALORACIÓN DEPENDENCIA

1. - Movilización

<input type="checkbox"/> 1.1	Autónomo	0
<input type="checkbox"/> 1.2	Asistencia ocasional para la movilización desde la cama, WC. , Silla o silla de ruedas	1
<input type="checkbox"/> 1.3	Precisa ayuda frecuente para la movilización desde la cama, WC. , silla o silla de ruedas	2
<input type="checkbox"/> 1.4	La ayuda es necesaria de forma permanente	3

2. - Deambulaci3n y desplazamiento

<input type="checkbox"/> 2.1	Aut3nomo, aunque lleve alg3n medio de apoyo	0
<input type="checkbox"/> 2.2	Necesita ayuda esporádica	1
<input type="checkbox"/> 2.3	Precisa ayuda con frecuencia para la Deambulaci3n	2
<input type="checkbox"/> 2.4	Hay que desplazarle siempre: incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado	3

3. - Aseo

<input type="checkbox"/> 3.1	Aut3nomo	0
<input type="checkbox"/> 3.2	Precisa ayuda ocasional en el aseo diario: Lavado de cara, manos etc., afeitado, peinado.	1
<input type="checkbox"/> 3.3	Necesita ayuda frecuente para el aseo diario	2
<input type="checkbox"/> 3.4	Hay que ayudarlo siempre	3

4.- Vestido

<input type="checkbox"/> 4.1	Aut3nomo	0
<input type="checkbox"/> 4.2	En ocasiones hay que ayudarle. Precisa de supervisi3n	1
<input type="checkbox"/> 4.3	Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o calzarle	2
<input type="checkbox"/> 4.4	Es necesario vestirle y calzarle totalmente	3

5.- Alimentaci3n

<input type="checkbox"/> 5.1	Lo hace solo	0
<input type="checkbox"/> 5.2	Precisa ayuda ocasional para comer. A veces hay que prepararle los alimentos	1
<input type="checkbox"/> 5.3	Precisa, con frecuencia, ayuda para comer. Se le suelen preparar los alimentos	2
<input type="checkbox"/> 5.4	Hay que administrarle la comida	3

6.- Higiene esfinteriana

<input type="checkbox"/> 6.1	Continenencia. Incontinencia urinaria esporádica	0
<input type="checkbox"/> 6.2	Incontinencia urinaria nocturna y /o fecal esporádica. Colostomia	1
<input type="checkbox"/> 6.3	Incontinencia urinaria frecuente, diurna y nocturna. Sonda vesical	2
<input type="checkbox"/> 6.4	Incontinencias urinaria y fecal totales	3

7.- Administraci3n de tratamientos

<input type="checkbox"/> 7.1	No precisa. gesti3n aut3noma	0
<input type="checkbox"/> 7.2	Necesita supervisi3n en la toma de medicaci3n y /o ayuda ocasional en la administraci3n de determinados tratamientos	1
<input type="checkbox"/> 7.3	Hay que administrarle la medicaci3n diariamente	2
<input type="checkbox"/> 7.4	Precisa suero terapia, oxigeno terapia, alimentaci3n por sonda nasogástrica, etc...	3

8- Cuidados de enfermería

<input type="checkbox"/> 8.1	No precisa.	0
<input type="checkbox"/> 8.2	Precisa cura o actuaci3n de enfermería ocasional	1
<input type="checkbox"/> 8.3	Precisa cura o actuaci3n de enfermería periódicamente	2
<input type="checkbox"/> 8.4	Supervisi3n continuada: Atenci3n a enfermos terminales, cura de lesiones graves, etc...	3

9.- Necesidad de vigilancia

<input type="checkbox"/> 9.1	No precisa.	0
<input type="checkbox"/> 9.2	Trastornos de conducta temporales que implican necesidad de vigilancia ocasional.	1
<input type="checkbox"/> 9.3	Trastornos de conducta permanentes que alteren la convivencia de forma leve	2
<input type="checkbox"/> 9.4	Trastornos de conducta intensos y permanentes que alteren la convivencia de forma grave	3

10.- Colaboraci3n

<input type="checkbox"/> 10.1	Colaborador	0
<input type="checkbox"/> 10.2	Comportamiento pasivo. (necesita estimulo)	1
<input type="checkbox"/> 10.3	No colabora	2
<input type="checkbox"/> 10.4	Rechazo categ3rico y constante	3

CLASIFICACI3N DE LA DEPENDENCIA

<input type="checkbox"/>	NO DEPENDIENTE	De 0 a 1 punto
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE LEVE	De 2 a 9 puntos
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE MODERADO	De 10 a 19 puntos
<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE SEVERO	De 20 a 30 puntos

CRITERIOS DE ORIENTACI3N

a.- Estabilidad

<input type="checkbox"/> 1.1	Se mantiene bien de pie o en cualquier postura	0
<input type="checkbox"/> 1.2	Ligera inseguridad en la marcha. Riego de leve caída (mareos frecuentes)	1
<input type="checkbox"/> 1.3	Marcada inseguridad en la marcha. Caídas frecuentes	2
<input type="checkbox"/> 1.4	No puede permanecer de pie sin apoyo	3

b.- Visión y audición

<input type="checkbox"/>	2.1	Visión normal o corrección con lentes. Oye bien. Casos no valorables	0
<input type="checkbox"/>	2.2	Ligera disminución de la visión mal compensada con lentes. Sordera moderada. Audífono	1
<input type="checkbox"/>	2.3	Marcada disminución de la visión que no puede compensarse con lentes. Sordera total	2
<input type="checkbox"/>	2.4	Ceguera total	3

c.- Alteraciones del aparato locomotor.

<input type="checkbox"/>	3.1	Movilidad y fuerza normales. Sensibilidad normal. Casos no valorables	0
<input type="checkbox"/>	3.2	Ligera limitación de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco	1
<input type="checkbox"/>	3.3	Limitación moderada de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco. Anquilosis de alguna articulación. Amputación parcial de alguna extremidad	2
<input type="checkbox"/>	3.4	Limitación grave de la movilidad. Amputación completa, sin prótesis. Desarticulación.	3

d.- Otras funciones neurológicas. Rigidez, movimientos anormales, crisis comiciales.

<input type="checkbox"/>	4.1	Sin alteraciones	0
<input type="checkbox"/>	4.2	Temblor ligero. Movimientos anormales ocasionales. Ligera hipertensión. Ligera rigidez	1
<input type="checkbox"/>	4.3	Temblor moderado. Crisis comiciales ocasionales. Movimientos anormales frecuentes.	2
<input type="checkbox"/>	4.4	Temblor importante. Crisis comiciales frecuentes. Rigidez importante. Movimientos anormales permanentes	3

e.- Aparato respiratorio y cardiovascular.

<input type="checkbox"/>	5.1	Sin alteraciones	0
<input type="checkbox"/>	5.2	Disnea de mediano esfuerzo. (escaleras, cuevas) claudicación intermitente leve	1
<input type="checkbox"/>	5.3	Disnea de mínimos esfuerzos. Dolor vascular ligero y permanente	2
<input type="checkbox"/>	5.4	Disnea continua grave. Dolor vascular permanente, moderado o grave	3

a.- Lenguaje y comprensión

<input type="checkbox"/>	1.1	Habla normalmente. Comprensión buena	0
<input type="checkbox"/>	1.2	Alguna dificultad en la expresión oral. En ocasiones no entiende lo que se le dice	1
<input type="checkbox"/>	1.3	Disartria o disfasia intensa. Poca coherencia o expresividad. En frecuente que no responda ordenes y sugerencias	2
<input type="checkbox"/>	1.4	Afasia. Lenguaje inteligible o incoherente. Apenas habla. No responde a ordenes sencillas	3

b.- Orientación y memoria

<input type="checkbox"/>	2.1	Bien orientado en tiempo y espacio. Buena memoria	0
<input type="checkbox"/>	2.2	Desorientación ocasional. Buen manejo en su casa o planta. Olvidos ocasionales	1
<input type="checkbox"/>	2.3	Desorientado en tiempo o espacio. Perdida frecuente de objetos. Identifica mal a las personas, no reconociendo lazos afectivos o recuerda mal acontecimientos o nombres	2
<input type="checkbox"/>	2.4	Desorientación total. Perdida de la propia identidad. No reconoce lazos afectivos.	3

c.- Trastornos del comportamiento

<input type="checkbox"/>	3.1	No presenta problemas	0
<input type="checkbox"/>	3.2	Trastornos de comportamiento con alteraciones conductuales leves	1
<input type="checkbox"/>	3.3	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales moderadas	2
<input type="checkbox"/>	3.4	Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales graves	3

d.- Capacidad de juicio. Valerse correctamente del dinero cuando va a comprar, llamar desde un teléfono público, etc

<input type="checkbox"/>	4.1	Normal para su edad y situación	0
<input type="checkbox"/>	4.2	Tiene alguna dificultad para resolver problemas y situaciones nuevas	1
<input type="checkbox"/>	4.3	Le cuesta mucho resolver problemas sencillos	2
<input type="checkbox"/>	4.4	No puede desarrollar ningún razonamiento	3

e.- Alteraciones del sueño

<input type="checkbox"/>	5.1	Duerme bien habitualmente, sin medicación	0
<input type="checkbox"/>	5.2	Duerme bien con medicación	1
<input type="checkbox"/>	5.3	Duerme mal con medicación, sin afectar al entorno	2
<input type="checkbox"/>	5.4	Alteraciones graves del sueño con agitación nocturna	3

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y MEDICACIÓN

Poner aquella información referente al estado de salud que siendo de interés no ha sido objeto en otro punto

IDENTIFICACION DEL PROFESIONAL

Informe emitido por: _____ Colegiado Nº. _____
Firma y fecha