

SOLICITUD DE ENFERMERIA DOMICILIARIA

Datos Afiliado: Nombre y Apellido			
Fecha Nacimiento		DNI	
Domicilio		Telefono	
Familiar Responsable		Telefono	
Diagnostico			
Periodo de Atencion solicitado desde		hasta	
En caso de prorroga indicar fecha de inicio de tratamiento			
Diagnostico			
Medico			
Matricula Prov		Telefono	
Practicas indicadas			
Ctrl de SV FC-CTA-T*-FR	Control de Glucemia	Control de drenajes y colectores	
Nebulizaciones	Adm de Oxigeno s/indicacion Médica	Colocacion y Cuidado sonda Nasogastrica	
Oximetria	Administracion de Insulina	Colocacion Cuidado de Sonda Orogastrica	
Higiene y Confort	Administracion de Medicacion e/v	Aspiracion secreciones Naso Faringea-AOF	
Colocacion y cuidado venoclisis	Administracion de Medicacion v/o	Aspiracion secreciones oro faringeas	
Colocacion y cuidado via percutaneas	Administracion de Medicacion i/m	Control cuidado de canula de traqueostomia	
Cuidado Ctrl de Tegumentos movilizacion,cambio posturas	Administracion de Medicacion Cat/central	Lavaje retronasal	
Lavaje de oidos	Enema evacuante	Colocacion cuidado Sonda Vesical	
Curacion Plana (simples y complejas)	Alimentacion enteral	Control cuidado Sonda yeyunal/duodenal	
Enseñanza de autocuidado y registro	Alimentacion PE	Contro de ingresos y egresos	
Otras Practicas			
Informe Auditoria Medica Local			