

INFORME DA SAÚDE

Recoñecemento efectuado polo/a doctor/a:		Colexiado	
Médico/a de:			
A/O solicitante do servizo "Xantar na Casa":			
D/D ^a (Nome e apelidos):			
D.N.I.:		Data de nacemento:	

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTOS ACTUAIS

AFECCIÓNS MÁIS IMPORTANTES

<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Renais e vías urinarias
<input type="checkbox"/>	Cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	Reumatolóxicas
<input type="checkbox"/>	Dixestivas e/o hepatobiliares	<input type="checkbox"/>	Outras:
<input type="checkbox"/>	Hipertensión/hipotensión		

1. TIPO DE DIETA RECOMENDADA (SINALAR SOAMENTE UNHA OPCIÓN)

<input type="checkbox"/>	Saudable ou normal	<input type="checkbox"/>	Fácil mastigación
<input type="checkbox"/>	De réxime	<input type="checkbox"/>	Diabética de fácil mastigación.
<input type="checkbox"/>	Diabética	<input type="checkbox"/>	Outras:

2. AUTONOMÍA PARA ALIMENTARSE:

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Non
--------------------------	----	--------------------------	-----

3. PROBLEMA DE MASTIGACIÓN:

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Non
--------------------------	----	--------------------------	-----

4. INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS:

	Sí:		Non
--	-----	--	-----

5. MOVILIDADE

	Camiña con normalidade		Camiña con dificultade o con axuda de baston
	Camiña con axuda de muletas, andador, etc...		En cadeira de rodas.

6. TRASTORNO DA MEMORIA

	Ningún		Lixeiro
	Moderado		Importantes

7. ORIENTACIÓN NO TEMPO E NO ESPACIO

	Completamente orientado		Desorientado ocasionalmente
	Desorientado frecuentemente		Completamente desorientado

8. LIMITACIÓN VISUAL

	Ningunha ou leve		Moderada
	Importante		Total

OBSERVACIONES

_____, _____, DE _____ DE 20__

ASDO.: (NOME E APELIDOS) _____