



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
y Política Social

Dirección General de Planificación Sociosanitaria,  
Farmacia y Atención al Ciudadano

# PLAN SOCIOSANITARIO

Región de Murcia

## Desarrollo del Modelo



# Solicitud de Inclusión Atención Primaria de Salud

ATENCION SOCIO SANITARIA\_INCLUSION (24/04/2012) - SMS - APELLIDO1 APELLIDO2,ANTONIO (90 Años)

SOLICITUD DE INCLUSION

Cuidador/es:

Tlf / E-mail (Cuidador)

PERFIL DEL PACIENTE

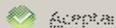
<input type="checkbox"/> Pluripatologico con dependencia	<input type="checkbox"/> Convalecencia- Ictus
<input type="checkbox"/> Convalecencia-Ortogeriatrica	<input type="checkbox"/> Respiratorios Cronicos con dependencia
<input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos	<input type="checkbox"/> Alzheimer y otras demencias
<input type="checkbox"/> Enfermos mentales graves	

INDICADORES ASISTENCIALES EN EL PACIENTE

<input type="checkbox"/> Programas de inmovilizados	<input type="checkbox"/> Cuidados Psicogeriatricos
<input type="checkbox"/> Curas: ulceras, heridas...	<input type="checkbox"/> Cuidados terminales
<input type="checkbox"/> Controles periodicos en Centros de Salud	
<input type="checkbox"/> Controles domiciliarios: sintrom, glucemia, oxigenoterapia	

JUSTIFICACION DE LA SOLICITUD

OTRAS INFORMACIONES RELEVANTES

# Solicitud de Inclusión Atención Hospitalaria

## Crear Petición

Nombre	<input type="text"/>	Proceso	PROCESO QUIRURGICO CGD (22/05/2)		
Circuito	Hospitalización	Diagnóstico de sospecha	PROCESO QUIRURGICO CGD	Radiación Total	<input type="text" value="0"/>
Prioridad	Normal			Radiación Acumulada	<input type="text" value="0"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Todos		Servicio Peticionario	CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO		
		Fecha	11/12/2013	Hora	12:06

[ADM](#)
[APA](#)
[FIS](#)
[ITC](#)
[LAB](#)
[PSS](#)
[RAD](#)
[RADJ](#)
[TRD](#)
[TRF](#)

### Perfiles

Perfiles

### Catálogo de Pruebas

Catálogo

Solicitud Inclusion Sociosanitaria

### Pruebas



Departamento	Código	Nombre	Radiación	Fecha - Estado Última Petición

### Formulario

» Cerrar

» Aceptar + Imprimir » Aceptar

# Solicitud de Inclusión. Salud Mental

- Las solicitudes procedentes de Salud Mental, también podrán ser remitidas a la UGEV, mediante correo electrónico a la dirección:

[coord-sociosanitaria@listas.carm.es](mailto:coord-sociosanitaria@listas.carm.es)



**SOLICITUD DE INCLUSIÓN SOCIOSANITARIA (SALUD MENTAL)**

**FECHA DE DERIVACIÓN**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE:	APELLIDOS:
DNI:	Nº SS:
FECHA NAC.:	Nº HC:
ESTADO CIVIL:	TELÉFONOS:
DIRECCIÓN:	
CUIDADORES/AS:	
TLF/E-MAIL (CUIDADOR/A):	

**DATOS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

CENTRO DE SALUD/CONSULTORIO:

MÉDICO/A:

**DATOS DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL**

SERVICIO:

MÉDICO/A (PSICÓLOGO/A-PSIQUIATRA):

TLF SERVICIO:

E-MAIL (SOLICITANTE):

**PERFIL DEL PACIENTE**

Trastorno mental grave  
 Discapacidad intelectual

Adicción o abuso de sustancias  
 Dependencia funcional\*

\* En actividades básicas de la vida diaria y/o en actividades instrumentales de la vida diaria

**INDICADORES ASISTENCIALES EN EL PACIENTE**

Dependencia  Sí  No  En trámite

Discapacidad  No  Sí

Curas: úlceras, heridas...  
 Controles domiciliarios: síntróm, glucemia, oxigenoterapia...  
 Controles periódicos en Centros de Salud  
 Problemas psicosociales

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

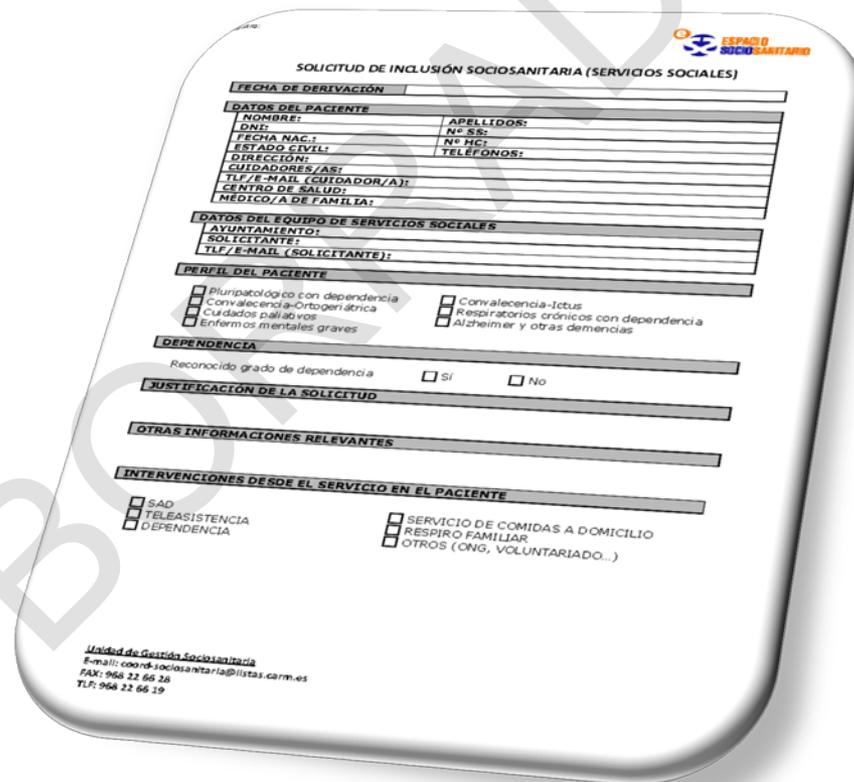
**OTRAS INFORMACIONES RELEVANTES**

Unidad de Gestión Sociosanitaria  
E-mail: coord-sociosanitaria@listas.carm.es  
FAX: 968 22 66 28  
TLF: 968 22 66 29

# Solicitud de Inclusión. Servicios Sociales

- Las solicitudes procedentes de los Servicios Sociales serán remitidas a la UGEV mediante correo electrónico a la dirección:

[coord-sociosanitaria@listas.carm.es](mailto:coord-sociosanitaria@listas.carm.es)



**SOLICITUD DE INCLUSIÓN SOCIO SANITARIA (SERVICIOS SOCIALES)**

**FECHA DE DERIVACIÓN**

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE:	APELLIDOS:
DNI:	Nº SS:
FECHA NAC.:	Nº HC:
ESTADO CIVIL:	TELÉFONOS:
DIRECCIÓN:	
CUIDADORES/AS:	
TEL/E-MAIL (CUIDADOR/A):	
CENTRO DE SALUD:	
MÉDICO/A DE FAMILIA:	

**DATOS DEL EQUIPO DE SERVICIOS SOCIALES**

AYUNTAMIENTO:

SOLICITANTE:

TEL/E-MAIL (SOLICITANTE):

**PERFIL DEL PACIENTE**

<input type="checkbox"/> Pluripatológico con dependencia	<input type="checkbox"/> Convalecencia-Ictus
<input type="checkbox"/> Convalecencia-Ortopédica	<input type="checkbox"/> Respiratorios crónicos con dependencia
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos	<input type="checkbox"/> Alzheimer y otras demencias
<input type="checkbox"/> Enfermos mentales graves	

**DEPENDENCIA**

Reconocido grado de dependencia  Sí  No

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

**OTRAS INFORMACIONES RELEVANTES**

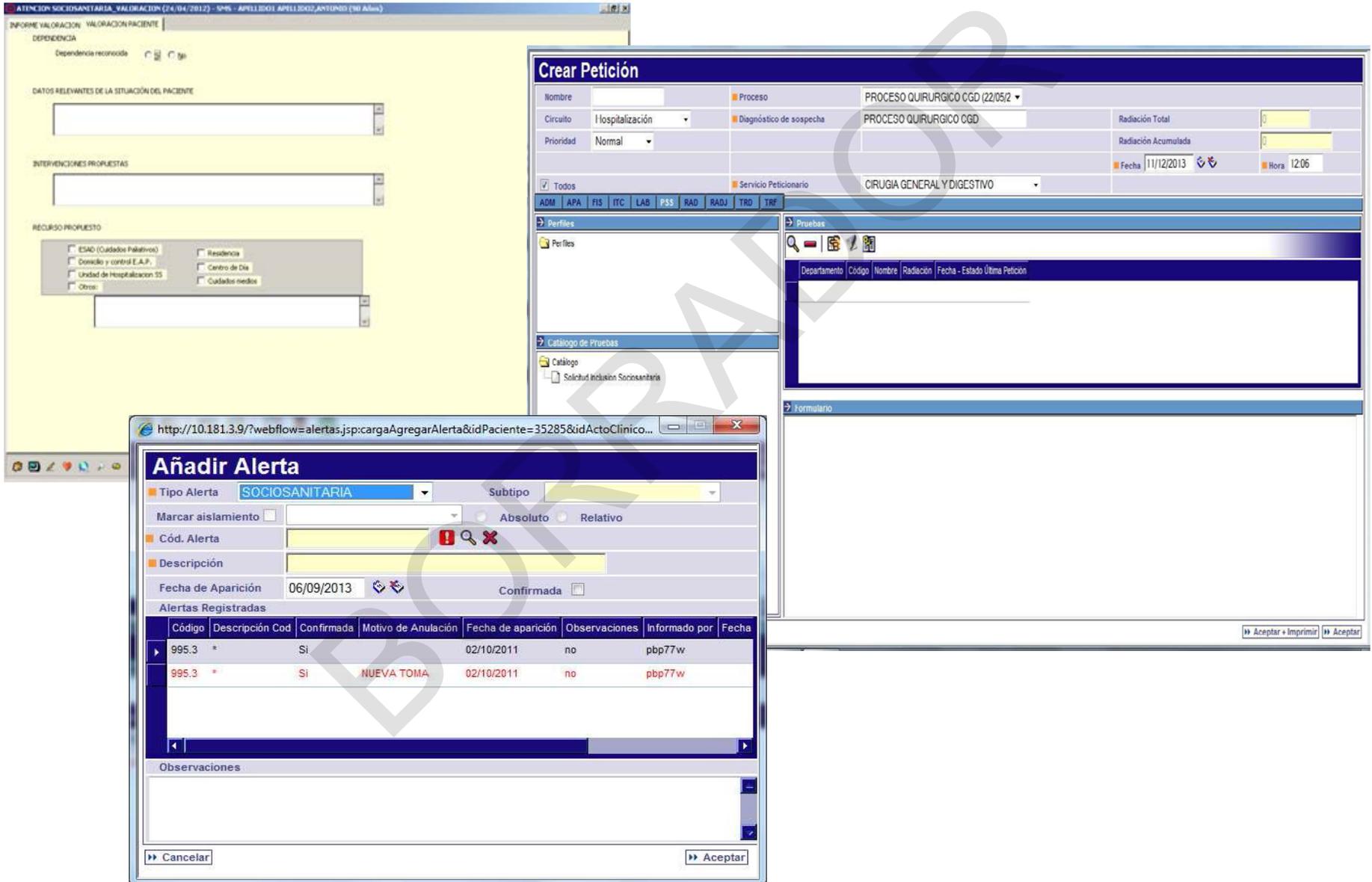
**INTERVENCIONES DESDE EL SERVICIO EN EL PACIENTE**

<input type="checkbox"/> SAD	<input type="checkbox"/> SERVICIO DE COMIDAS A DOMICILIO
<input type="checkbox"/> TELEASISTENCIA	<input type="checkbox"/> RESPIRO FAMILIAR
<input type="checkbox"/> DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/> OTROS (ONG, VOLUNTARIADO...)

**Unidad de Gestión Sociosanitaria**  
E-mail: [coord-sociosanitaria@listas.carm.es](mailto:coord-sociosanitaria@listas.carm.es)  
FAX: 968 22 66 26  
TEL: 968 22 66 19



# Valoración EVA del Área de Salud correspondiente



The image shows a complex web application interface with several overlapping windows. The background window is titled 'INFORME VALORACION VALORACION PACIENTE' and contains sections for 'DEPENDENCIA', 'DATOS RELEVANTES DE LA SITUACION DEL PACIENTE', 'INTERVENCIONES PROPUESTAS', and 'RECURSO PROPUESTO'. The 'RECURSO PROPUESTO' section includes checkboxes for 'ESAD (Ciudadanos Palativos)', 'Residencia', 'Domicilio y control E.A.P.', 'Centro de Día', 'Unidad de Hospitalización SS', 'Ciudadanos medidos', and 'Otros'.

Overlaid on the right is a 'Crear Petición' window. It contains a form with the following fields:
 

- Nombre: [Empty]
- Proceso: PROCESO QUIRURGICO CGD (22/05/2)
- Circuito: Hospitalización
- Diagnóstico de sospecha: PROCESO QUIRURGICO CGD
- Prioridad: Normal
- Radiación Total: [Empty]
- Radiación Acumulada: [Empty]
- Fecha: 11/12/2013
- Hora: 12:06
- Servicio Peticionario: CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO

Below the 'Crear Petición' window is a 'Pruebas' section with a search bar and a table with columns: Departamento, Código, Nombre, Radiación, Fecha - Estado Última Petición.

Overlaid at the bottom is an 'Añadir Alerta' window. It has a form with:
 

- Tipo Alerta: SÓCIOSANITARIA
- Subtipo: [Empty]
- Marcar aislamiento: [Empty]
- Absoluto / Relativo: [Radio buttons]
- Cód. Alerta: [Empty]
- Descripción: [Empty]
- Fecha de Aparición: 06/09/2013
- Confirmada: [Empty]

 Below the form is a table of 'Alertas Registradas':
 

Código	Descripción Cod	Confirmada	Motivo de Anulación	Fecha de aparición	Observaciones	Informado por	Fecha
995.3 *		Si		02/10/2011	no	pbp77w	
995.3 *		Si	NUEVA TOMA	02/10/2011	no	pbp77w	

 At the bottom of the 'Añadir Alerta' window are 'Cancelar' and 'Aceptar' buttons.

# Informe de Valoración EVA del Área Correspondiente



## INFORME DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA

FECHA DE VALORACIÓN

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE:	APELLIDOS:
DNI:	Nº HC:
FECHA NAC.:	TLFs:
SOLICITANTE VALORACIÓN:	
SERVICIO MÉDICO:	
MÉDICO/A DE FAMILIA:	

**DEPENDENCIA**

Dependencia reconocida  Sí  No

**DATOS RELEVANTES DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE**

**INTERVENCIÓNES PROPUESTAS**

**RECURSO PROPUESTO**

<input type="checkbox"/> ESAD (Cuidados Paliativos)	<input type="checkbox"/> Residencia
<input type="checkbox"/> Domicilio y control E.A.P.	<input type="checkbox"/> Centro de Día
<input type="checkbox"/> Unidad de Hospitalización SS	<input type="checkbox"/> Cuidados medios
<input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>	

# Gestión del Recurso y Seguimiento del Paciente Sociosanitario

## Unidad de Gestión Evaluación y Valoración

### Seguimiento del Paciente Sociosanitario

### Gestión del Recurso SS

Informe de Valoración Sociosanitaria con el recurso propuesto

-Identificación y localización permanente del paciente Sociosanitario (recurso, situación sociosanitaria, etc..)  
- Explotación y análisis de datos relativos a los pacientes sociosanitarios.

**INFORME DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA**

FECHA DE VALORACIÓN: [ ]

**DATOS DEL PACIENTE**

NOMBRE:	APELLIDOS:
DNI:	Nº HC:
FECHA NAC.:	TLF:
SOLICITANTE VALORACIÓN:	
SERVICIO MÉDICO:	
MEDICINA DE FAMILIA:	

**DEPENDENCIA**

Dependencia reconocida:  SI  NO

**DATOS RELEVANTES DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE**

[ ]

**INTERVENCIONES PROPUESTAS**

[ ]

**RECURSO PROPUESTO**

<input type="checkbox"/> ESAD (Cuidados Paliativos)	<input type="checkbox"/> Residencia
<input type="checkbox"/> Domicilio y control E.A.P.	<input type="checkbox"/> Centro de Día
<input type="checkbox"/> Unidad de Hospitalización SS	<input type="checkbox"/> Cuidados medios
<input type="checkbox"/> Otros: [ ]	

Ferrolario de seguimiento de pacientes sociosanitarios

**Datos del paciente**

NIF: [ ]

Nombre: [ ]

Apellidos: [ ]

Fecha sociosanitario: [ ] Edad: [ ]

Dependencia: No  Nivel: [ ]

Estado actual: Sociosanitario

Recurso actual: Domicilio, como EAP y ESAD

**Historia**

Fecha: 13/11/2012 Nueva anotación Eliminar anotación

Anotación: Ver evolución de la paciente en domicilio

Registros: [ ] de 1

**Subconjuntos de inclusiones e informes de valoración asociados:**

Nº registro calculo: 50008	Fecha alta: inclusión: 22/10/2012	Ver Subconjunto Inclusiones	Fecha informe valoración: 22/10/2012	Ver Informe Valoración
Fecha ingreso (hospital): 11/10/2012	Fecha traslado cama SS: 11/10/2012	Fecha alta SS: 22/10/2012		

Registros: [ ] de 1

**Ficha trabajadora social sociosanitaria**

Fecha de seguimiento: 25/10/2012

Origen de la derivación: Hospital

Situación sociofamiliar: Vive con su familia

Disponibilidad familia: [ ]

Tipo de familia: Bueno

Vivienda: De la familia

Nº de hijos: [ ]

**Datos del cuidador:** No cuidadora principal. Pasó septiembre de 2012 independiente para todas las actividades de la vida diaria.

**Entorno familiar:**

**Estado general del enfermo**

Autónomo	<input type="checkbox"/>	Rehabilitable	<input type="checkbox"/>	Inmovilizado	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemas de distribución	<input type="checkbox"/>
Dificultad importante	<input type="checkbox"/>	Dificultad importante	<input type="checkbox"/>	Enf. Mental Grave	<input type="checkbox"/>	Alzheimer y otras demencias	<input type="checkbox"/>

Descripción: Dependiente para todas las actividades de la vida diaria.

Funciones de habitabilidad e accesibilidad

Registros: [ ] de 96

# Recursos Sanitarios



- *Unidad Sociosanitaria*



- *Plazas concertadas con centros sanitarios*



- *Atención Domiciliaria Sanitaria*



- *Enfermeras Gestoras de Casos*



- *Cuidados Paliativos*



- *Otros recursos sanitarios*

# Recursos Sociales



- *Servicio de Ayuda a Domicilio*



- *Servicio de Estancias Diurnas (SED) para Personas Mayores Dependientes*



- *Residencias Sociales para Personas Mayores*



- *Asociaciones*



- *Otros recursos sociales*

# Base se datos para el Seguimiento del Paciente Sociosanitario

Formulario de seguimiento de pacientes sociosanitarios

### Datos del paciente

**NIF**

**Nombre**

**Apellidos**

**Fecha nacimiento**  **Edad**

**Dependencia**  **Nivel**

**Estado actual**

**Recurso actual**

[Nuevo paciente](#) [◀](#) [▶](#)

### Histórico

**Fecha**  [Nueva anotación](#) [Eliminar anotación](#)

**Anotación** Ver evolución de la paciente en domicilio

Registro:  de 1

---

### Solicitudes de inclusión e informes de valoración asociados

Nº registro solicitud  Fecha solíc. inclusión  [Ver Solicitud Inclusión](#) Fecha informe valoración  [Ver Informe Valoración](#)  
 Fecha ingreso (hospital)  Fecha traslado cama SS  Fecha alta SS

Registro:  de 1

---

### Ficha trabajadora social sociosanitaria

**Fecha de seguimiento**  **Origen de la derivación**  **Situación sociofamiliar**   
**Disponibilidad familia**  **Tipo de familia**  **Vivienda**  **Nº de hijos**

**Datos del cuidador**

**Entorno familiar**

#### Estado general del enfermo

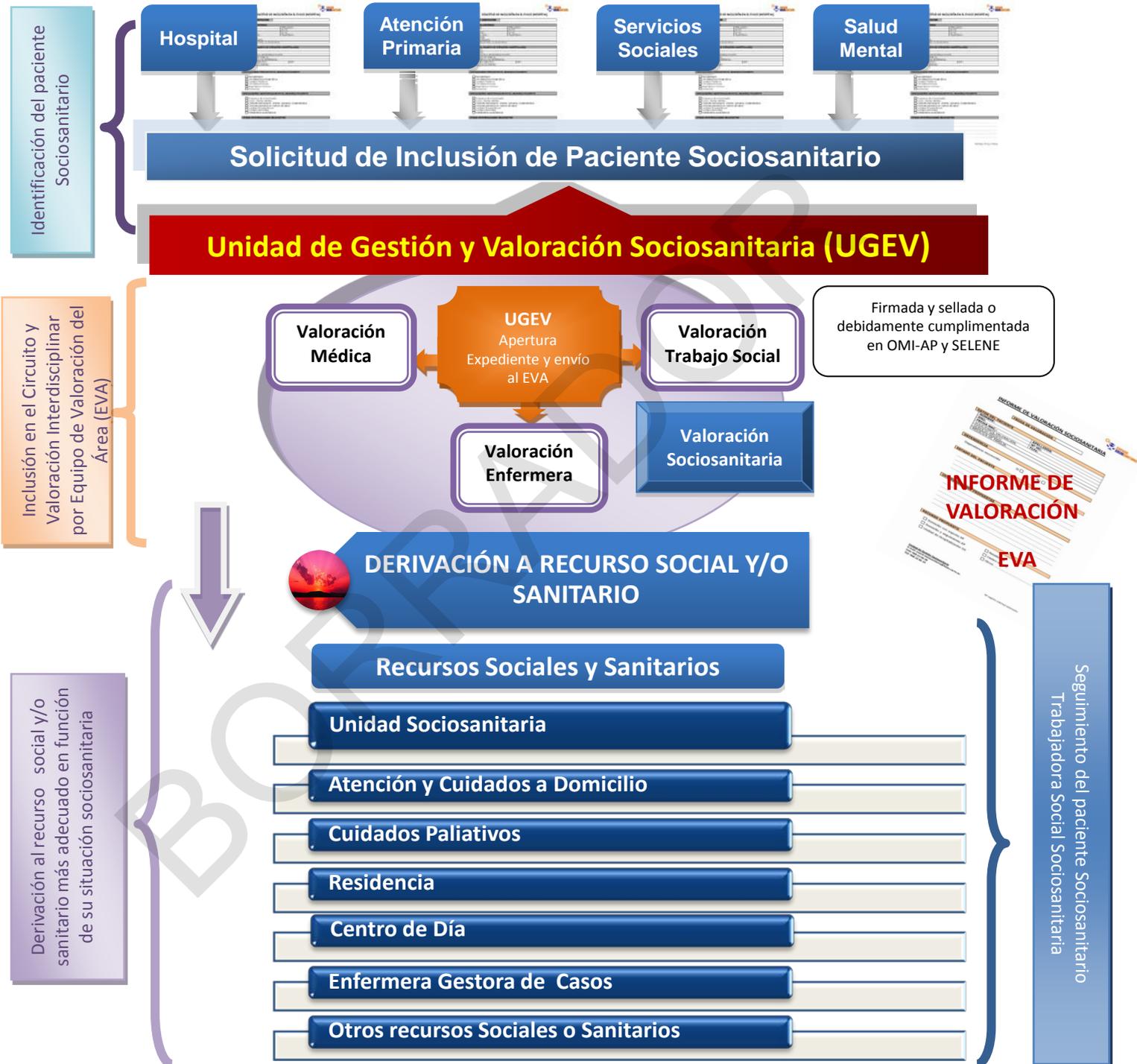
Autónomo     Rehabilitable     Inmovilizado     Problemas deambulación  
 Dificultad importante     Déficits importantes     Enf. Mental Grave     Alzheimer y otras demencias

**Descripción**

**Condiciones de habitabilidad u accesibilidad**

Registro:  de 86

# PLAN SOCIO SANITARIO. REGIÓN DE MURCIA





# **Ejemplos Prácticos extraídos del Circuito de Coordinación**

**(Atención Primaria, Hospital y Servicios Sociales)**

**SOLICITUD DE INCLUSIÓN SOCIO SANITARIA (ATENCIÓN PRIMARIA)**
**FECHA DE DERIVACIÓN** 23/01/2014

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE: ██████████	APELLIDOS: ██████████
DNI: ██████████	Nº SS: ██████████
FECHA NAC.: ██████████	Nº HC: ██████████
ESTADO CIVIL: ██████████	TELÉFONOS: ██████████
DIRECCIÓN: ██████████	
CUIDADORES/AS:	
TLF/E-MAIL (CUIDADOR/A):	

DATOS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA
<b>CENTRO DE SALUD/CONSULTORIO:</b> Cieza Oeste (Morericas)
<b>MÉDICO/A:</b> M <sup>a</sup> Carmen García Seligrat
<b>ENFERMERO/A:</b>
<b>TLF/E-MAIL (CENTRO SALUD):</b> 968 45 34 55

PERFIL DEL PACIENTE	
<input checked="" type="checkbox"/> Pluripatológico con dependencia	<input type="checkbox"/> Convalecencia-Ictus
<input type="checkbox"/> Convalecencia-Ortopediátrica	<input checked="" type="checkbox"/> Respiratorios crónicos con dependencia
<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos	<input type="checkbox"/> Alzheimer y otras demencias
<input type="checkbox"/> Enfermos mentales graves	

INDICADORES ASISTENCIALES EN EL PACIENTE
<input checked="" type="checkbox"/> Programas de inmovilizados
<input type="checkbox"/> Curas: úlceras, heridas...
<input type="checkbox"/> Controles domiciliarios: síntrón, glucemia, oxigenoterapia...
<input checked="" type="checkbox"/> Controles periódicos en Centros de Salud
<input type="checkbox"/> Cuidados psicogerátricos
<input type="checkbox"/> Cuidados terminales

JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD
PACIENTE PLURIPATOLÓGICA. MÚLTIPLES CONSULTAS A ESPECIALISTAS Y AP. POLIMEDICADA. DUPLICIDAD DE PRUEBAS, TRATAMIENTOS, AMBULANCIAS DE TRASLADO...

OTRAS INFORMACIONES RELEVANTES
PROBABLE DEPENDENCIA BZD. RECHAZA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA. OBESIDAD MORBIDA

Procedencia de la Solicitud: Atención Primaria

Registro de la Solicitud por parte de la UGEV y remisión al EVA

## INFORME DE VALORACIÓN SOCIO SANITARIA

**FECHA DE VALORACIÓN** 09/04/2014

DATOS DEL PACIENTE	
<b>NOMBRE:</b> <del>XXXXXXXXXX</del>	<b>APELLIDOS:</b> <del>XXXXXXXXXX</del>
<b>DNI:</b> <del>XXXXXXXXXX</del>	<b>Nº HC:</b> <del>XXXXXXXXXX</del>
<b>FECHA NAC.:</b> <del>XXXXXXXXXX</del>	<b>TLFs:</b> <del>XXXXXXXXXX</del>
<b>SOLICITANTE VALORACIÓN:</b> M <sup>a</sup> Carmen García Seligrat	
<b>SERVICIO MÉDICO:</b> Centro de Salud Cieza-Oeste (Las Morenicas)	
<b>MÉDICO/A DE FAMILIA:</b> Dra. M <sup>a</sup> Carmen García Seligrat	

### DEPENDENCIA

Dependencia reconocida      Sí       No

### DATOS RELEVANTES DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 62 años con antecedentes de alergia a Adolonta y Augmentine. Hiperlipemia. No hábitos nocivos. Poliomielitis en pierna derecha. Depresión reactiva. Síndrome de apnea de sueño. Hernia de hiato y alteración motora esofágica. Rinoconjuntivitis alérgica. Ingreso en abril por shock anafiláctico. Cirugías previas: Fx. Rodilla izquierda en 2000 después de caída en vía pública con secuela de parálisis diafragmática derecha. Bypass gástrico el 7 de junio de 2012. Probable dependencia a benzodiazepinas. Derivada a salud mental con rechazo a la atención psiquiátrica no asistiendo a dos citas consecutivas.

Situación social: Soltera, vive con su hermana (aunque dispone de vivienda propia) y con su sobrina (afecta de parálisis cerebral infantil) de la que ha sido cuidadora habitual. Según UTS de zona tiene sus necesidades sociales cubiertas (ley de dependencia Grado II, Nivel II, percibiendo prestación económica para cuidados en el entorno y Tramitada discapacidad), y recursos económicos suficientes.

### INTERVENCIONES PROPUESTAS

Dada la complejidad de su asistencia sanitaria en la actualidad (paciente hiperconsultora e hiperconsumidora), proponemos el control adecuado por parte de Enfermera gestora de casos y de su Médico de familia, para intentar conciliar sus necesidades asistenciales reales.

### RECURSO PROPUESTO

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Domicilio y/o control EAP          | <input type="checkbox"/> Domicilio, EAP y ESAD (Paliat. Domic.) |
| <input type="checkbox"/> ESAH (Paliativos Hosp.)                       | <input type="checkbox"/> Unidad Sociosanitaria                  |
| <input type="checkbox"/> Residencia                                    | <input type="checkbox"/> Centro de Día                          |
| <input type="checkbox"/> Cuidados medios                               | <input type="checkbox"/> UTS (Unidad Trabajo Social)            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otros: Enfermera Gestora de Casos. |   |

**Unidad de Gestión Socio Sanitaria**  
 E-mail: coord-socio sanitaria@lilas.carm.es  
 FAX: 968 22 66 28  
 TLF: 968 22 66 19

Nº registro solicitud valoración:

Valoración Interdisciplinar por el EVA y emisión del Informe de Valoración

Gestión del Recurso por UGEV y seguimiento

Seguimiento por UGV

Formulario de seguimiento de pacientes sociosanitarios

### Datos del paciente

**NIF** [Redacted] **Sexo** M **¿Prioritario?**

**Nombre** [Redacted] **Apellidos** [Redacted]

**Fecha nacimiento** [Redacted] **Edad** 63

**Dependencia** Grado II **Nivel** Nivel 2

**Estado actual** Sociosanitario

**Recurso actual**

Domic. EAP  Domic. EAP ESAD  ESAH  Unidad SS  
 Residencia  Centro de Día  Cuid. medios  UTS  
Otros [Redacted]

### Histórico

**Fecha** 10/04/2014 **Nueva anotación** **Eliminar anotación**

**Anotación** Valoración realizada el 09/04/2014. Caso complejo a nivel sanitario.  
Citas Pendientes:  
- M.A.P 11/04/2014  
- Cirj Plástica 21/05/2014 Arrixaca  
- AG Psiquiatra 16/06/2014  
- Cirj Estómago 17/06/2014 HMM

Registro: 1 de 4

### Solicitudes de inclusión e informes de valoración asociados

**Nº registro solíc.** IX-0227 **Fecha solíc. inclusión** 23/01/2014 **Fecha inf. val.** 09/04/2014

**Fecha ingreso (hospital)** [Redacted] **Fecha traslado SS** [Redacted] **Fecha alta SS** [Redacted]

**Origen deriv.** Atención Primaria **Servicio hosp.** [Redacted] **Estado** [Redacted]

**Motivo ingreso** Reiteradas consultas a especialistas y a médico de A.P. Polimedicada, duplicidad de pruebas, tratamientos.

**Recurso propuesto**

Domic. EAP  Domic. EAP ESAD  ESAH  
 Unidad SS  Residencia  Centro Día  
 Cuid. medios  UTS  
Otros [Redacted]

**Perfil del paciente**

Pluripatológico  Cuidados paliativos  Ictus y necesidad rehabilitación  Alzheimer y otras demencias  
 Convalecencia ortogerátrica  Salud Mental (EMG y drogodep.)  Problemas resp. y falta autonomía  Enfermedades Raras

Registro: 1 de 1

### Ficha trabajadora social sociosanitaria

**Fecha de seguimiento** 10/04/2014 **Situación sociofamiliar** Vive con su familia (sin cónyuge) **¿Tiene hijos?** No

**Disponibilidad familia** Necesitan soporte **Tipo familia** [Redacted] **Vivienda** De la familia **Cuidador** Familiar

**Observaciones cuidador** Convive con una hermana y la hija de esta que tiene reconocida como gran dependiente.

**Entorno familiar** Familia multiproblemática,

Registro: 108 de 260

Nº registro:



**SOLICITUD DE INCLUSIÓN SOCIO SANITARIA (HOSPITAL)**

**FECHA DE DERIVACIÓN** | 07/10/2013

**DATOS DEL ENFERMO**

NOMBRE:	APELLIDOS:
DNI:	Nº SS:
FECHA NAC.:	Nº HC:
EST. CIVIL:	TLFs:
DIRECCIÓN:	
CUIDADORES/AS:	
TLF/E-MAIL (CUIDADOR/A):	

**DATOS DEL EQUIPO DE ATENCIÓN HOSPITALARIA**

SERVICIO:	MIR
MEDICO/A:	Maria Buttazo
SUPERVISOR/A ENFERMERIA PLANTA:	
MEDICO/A DE FAMILIA:	JUAN CABALLERO CORREDOR
ENFERMERO/A DE REFERENCIA:	
TELÉFONO SERVICIO:	EXT.:
E-MAIL (SOLICITANTE):	

**PERFIL DEL PACIENTE**

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Pluripatológico   | <input type="checkbox"/> Convalecencia-Ictus                    |
| <input type="checkbox"/> Convalecencia-Ortopediátrica | <input type="checkbox"/> Respiratorios Crónicos                 |
| <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos          | <input checked="" type="checkbox"/> Alzheimer y otras demencias |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental                 |   |

**INDICADORES ASISTENCIALES EN EL USUARIO/PACIENTE**

- Programas de inmovilizados
- Curas: úlceras, heridas...
- Controles domiciliarios: sintróm, glucemia, oxigenoterapia...
- Controles periódicos en Centros de Salud
- Cuidados Psicogerítricos
- Cuidados terminales
- Problemática social/familiar

**OTRAS INFORMACIONES RELEVANTES**

Paciente de 76 años de edad con antecedentes de HTA de larga evolución.  
 Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace más de 7 años, insulinizada con mal control y metadiabetes ( retinopatía diabética tratada con laser durante 4 años con disminución de la agudeza visual, nefropatía)  
 Dislipemia en tratamiento con estatinas  
 Cardiopatía Isquémica con episodio único de angor en nov.2002.  
 Insuficiencia Renal Crónica conocida desde hace 4 años (cifras de Cr en torno a 1.5). Eco renal: atrofia renal izquierda.

**Unidad de Gestión Sociosanitaria**  
 E-mail: coord-sociosanitaria@listas.carm.es  
 FAX: 968 22 66 28  
 TLF: 968 22 66 19

Nombre, firma y fecha

En 2003 adenocarcinoma de recto superior con resección anterior baja y quimioterapia adyuvante incompleta (la paciente abandono el tratamiento a las 10 sesiones de las 30 previstas) ya sin revisiones por Oncología.

Demencia tipo Alzheimer con deterioro cognitivo y funcional de grado severo (GDS 4-5 puntos). TAC craneal: atrofia y leucoaraisosis.

Situación basal: vida cama-sillón. Dependiente ABVD. Deterioro cognitivo severo

Ingresa por deterioro de su estado general y fiebre.

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

**Unidad de Gestión Sociosanitaria**  
 E-mail: coord-sociosanitaria@listas.carm.es  
 FAX: 968 22 66 28  
 TLF: 968 22 66 19

Nombre, firma y fecha

## INFORME DE VALORACIÓN SOCIOSANITARIA

**FECHA DE VALORACIÓN** 09/10/13

### DATOS DEL PACIENTE

<b>NOMBRE:</b> [REDACTED]	<b>APELLIDOS:</b> [REDACTED]
<b>DNÍ:</b> [REDACTED]	<b>Nº HC:</b> [REDACTED]
<b>FECHA NAC.:</b> [REDACTED]	<b>TLFs:</b> [REDACTED]
<b>SOLICITANTE VALORACIÓN:</b> Dra. María Buttazo	
<b>SERVICIO MÉDICO:</b> Geriátrica	
<b>MÉDICO/A DE FAMILIA:</b> Dr. Juan Caballero Corredor	

### DEPENDENCIA

Dependencia reconocida      Sí       No

### DATOS RELEVANTES DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE

76 años. Afecta de Hipertensión arterial de larga evolución. Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace más de 7 años, insulinizada con mal control y metadiabetes (retinopatía diabética tratada con laser durante 4 años con disminución de la agudeza visual, nefropatía). Dislipemia en tratamiento con estatinas. Cardiopatía Isquémica con episodio único de angor en nov.2002. Insuficiencia Renal Crónica conocida desde hace 4 años (cifras de Creatinina alrededor de 1.5). Eco renal: atrofia renal izquierda. En 2003 adenocarcinoma de recto superior con resección anterior baja y quimioterapia adyuvante incompleta (la paciente abandono el tratamiento a las 10 sesiones, de las 30 previstas). En la actualidad, sin revisiones por Oncología. Demencia tipo Alzheimer con deterioro cognitivo y funcional de grado severo (GDS 4-5 puntos). TAC craneal: atrofia y leucoaraisis.

Situación basal: vida cama-sillón. Dependiente ABVD. Deterioro cognitivo severo. Reconocido grado III-2 de dependencia (prestación económica para cuidados en el entorno familiar). Acude a urgencias por deterioro de su estado general y fiebre.

### INTERVENCIÓNES PROPUESTAS

Traslado a unidad sociosanitaria, y si la situación clínica lo permitiera, alta a su domicilio habitual.

### RECURSO PROPUESTO

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Domicilio y/o control EAP | <input type="checkbox"/> Domicilio, EAP y ESAD (Paliat. Domic.) |
| <input type="checkbox"/> ESAH (Paliativos Hosp.)              | <input checked="" type="checkbox"/> Unidad Sociosanitaria       |
| <input type="checkbox"/> Residencia                           | <input type="checkbox"/> Centro de Día                          |
| <input type="checkbox"/> Cuidados medios                      | <input type="checkbox"/> UTS (Unidad Trabajo Social)            |
| <input type="checkbox"/> Otros:                               |   |

**Unidad de Gestión Sociosanitaria**  
E-mail: coord-sociosanitaria@listas.carm.es  
FAX: 968 22 66 28  
TLF: 968 22 66 19

Nº registro solicitud valoración:

Valoración Interdisciplinar por el EVA y emisión del Informe de Valoración

Gestión del Recurso por UGEV y seguimiento

Seguimiento por UGEV

Formulario de seguimiento de pacientes sociosanitarios

### Datos del paciente

**Nuevo paciente** [←] [→]

NIF: [REDACTED] Sexo: M  ¿Prioritario?

Nombre: [REDACTED]

Apellidos: [REDACTED]

Fecha nacimiento: [REDACTED] Edad: 77

Dependencia: Grado III Nivel: Nivel 2

Estado actual: Sociosanitario

Recurso actual

Domic. EAP  Domic. EAP ESAD  ESAH  Unidad SS  
 Residencia  Centro de Día  Cuid. medios  UTS  
Otros: [REDACTED]

### Histórico

Fecha: 08/11/2013 **Nueva anotación** **Eliminar anotación**

Anotación: Alta el 23/10/2013. No informo porque ya no procede.

Registro: [←] [→] 1 [→] [→] [→] de 2

### Solicitudes de inclusión e informes de valoración asociados

Nº registro solíc.: IX-0191 Fecha solíc. inclusión: 07/10/2013 Fecha inf. val.: 09/10/2013

Recurso propuesto

Domic. EAP  Domic. EAP ESAD  ESAH  
 Unidad SS  Residencia  Centro Día  
 Cuid. medios  UTS  
Otros: [REDACTED]

Fecha ingreso (hospital): 03/10/2013 Fecha traslado SS: 04/10/2013 Fecha alta SS: 23/10/2013

Origen deriv.: Hospital Servicio hosp.: Geriátrica Estado: Sociosanitario

Motivo ingreso: Deterioro del estado general y fiebre

Perfil del paciente

Pluripatológico  Cuidados paliativos  Ictus y necesidad rehabilitación  Alzheimer y otras demencias  
 Convalecencia ortogeriátrica  Salud Mental (EMG y drogodep.)  Problemas resp. y falta autonomía  Enfermedades Raras

Registro: [←] [→] 1 [→] [→] [→] de 1

### Ficha trabajadora social sociosanitaria

Fecha de seguimiento: 05/11/2013 Situación sociofamiliar: Vive con su familia (sin cónyuge) ¿Tiene hijos?: Sí

Disponibilidad familia: Buena Tipo familia: [REDACTED] Vivienda: De la familia Cuidador: Familiar

Observaciones cuidador: [REDACTED]

Entorno familiar: [REDACTED]

Registro: [←] [→] 116 [→] [→] [→] de 260

Nº registro:



**SOLICITUD DE INCLUSIÓN SOCIO SANITARIA (SERVICIOS SOCIALES)**

**FECHA DE DERIVACIÓN** 28/05/2013

**DATOS DEL PACIENTE**

<b>NOMBRE:</b> [REDACTED]	<b>APELLIDOS:</b> [REDACTED]
<b>DNI:</b> [REDACTED]	<b>Nº SS:</b> [REDACTED]
<b>FECHA NAC.:</b> [REDACTED]	<b>Nº HC:</b> [REDACTED]
<b>ESTADO CIVIL:</b> C	<b>TELÉFONOS:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b> [REDACTED]	
<b>CUIDADORES /AS:</b> NIETO	
<b>TLF/E-MAIL (CUIDADOR/A):</b> [REDACTED]	
<b>CENTRO DE SALUD:</b> ABARÁN	
<b>MÉDICO/A DE FAMILIA:</b> JUAN ALIAGA	

**DATOS DEL EQUIPO DE SERVICIOS SOCIALES**

**AYUNTAMIENTO:** ABARÁN  
**SOLICITANTE:** MILAGROS MORENO PEREZ  
**TLF/E-MAIL (SOLICITANTE):** 968 451192

**PERFIL DEL PACIENTE**

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Pluripatológico   | <input type="checkbox"/> Convalecencia-Ictus                    |
| <input type="checkbox"/> Convalecencia-Ortopediátrica | <input checked="" type="checkbox"/> Respiratorios Crónicos      |
| <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos          | <input checked="" type="checkbox"/> Alzheimer y otras demencias |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental                 |   |

**DEPENDENCIA**

Reconocido grado de dependencia  Sí  No

**OTRAS INFORMACIONES RELEVANTES**

Mª Carmen convive con su marido Antonio y su hijo Roberto, de 56 años, discapacitado, incapacitado judicialmente, cuya tutela la tiene la Fundación para la tutela.

El matrimonio tiene otro hijo mayor que Roberto, casado y con 4 hijos, que viven en Villarobledo(Albacete). Hace dos años se vino uno de los nietos de Villarobledo para cuidar de los abuelos y de su tío. El nieto, también llamado Roberto, tiene 19 años. El nieto hace lo que puede en cuanto a cuidados y tareas domésticas, pero le faltan habilidades y madurez. En cuanto a los familiares de Villarobledo, es preferible que no acudan, porque cuando lo hacen distorsionan más la dinámica familiar.

Tanto Mª Carmen como Antonio acuden al Centro de día de Mayores de Abarán desde hace unos dos años. Roberto, su hijo, también es alumno del Centro de día para personas con discapacidad "La Noria", de Abarán. Tienen SAD durante 3 días a la semana por la mañana para apoyo al aseo personal, y tienen SAD los fines de semana. Las necesidades de los tres, con estos Servicios y con el apoyo puntual del nieto es suficiente, excepto cuando surge alguna enfermedad por la que alguno de ellos requiere cuidados o atenciones especiales, como ocurre en estos momentos.

Hace unos meses les concedieron plaza a través de la dependencia en la Residencia de Mayores de Abarán, a Mª Carmen y Antonio juntos, pero ellos no quisieron aceptarla en ese momento. Actualmente, dada la situación en la que se encuentran, el recurso de la

**Unidad de Gestión Socio sanitaria**  
 E-mail: coord-socio sanitaria@listas.carm.es  
 FAX: 968 22 66 28  
 TLF: 968 22 66 19

Residencia en Abarán, para ambos, sería el más idóneo. Roberto, su hijo, podría permanecer solo en su domicilio, acudiendo al Centro de día, y con ciertos apoyos puntuales.

**JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD**

No existen cuidadores en el entorno que puedan hacerse cargo de los cuidados que precisan cuando ambos mayores se ponen enfermos o requieren atención hospitalaria.

**INTERVENCIONES DESDE EL SERVICIO EN EL PACIENTE**

- |   |  |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> SAD         | <input type="checkbox"/> SERVICIO DE COMIDAS A DOMICILIO |
| <input type="checkbox"/> TELEASISTENCIA         | <input checked="" type="checkbox"/> RESPIRO FAMILIAR     |
| <input checked="" type="checkbox"/> DEPENDENCIA | <input type="checkbox"/> OTROS (ONG, VOLUNTARIADO...)    |

**Unidad de Gestión Socio sanitaria**  
 E-mail: coord-socio sanitaria@listas.carm.es  
 FAX: 968 22 66 28  
 TLF: 968 22 66 19

Nº registro:



SOLICITUD DE INCLUSIÓN SOCIO SANITARIA (SERVICIOS SOCIALES)

FECHA DE DERIVACIÓN 28/05/2013

DATOS DEL PACIENTE	
NOMBRE:	APELLIDOS:
DNI:	Nº SS:
FECHA NAC.:	Nº HC:
ESTADO CIVIL: C	TELÉFONOS:
DIRECCIÓN:	
CUIDADORES/AS: NIETO	
TLF/E-MAIL (CUIDADOR/A):	
CENTRO DE SALUD: ABARÁN	
MÉDICO/A DE FAMILIA: JUAN ALIAGA	

DATOS DEL EQUIPO DE SERVICIOS SOCIALES	
AYUNTAMIENTO: ABARÁN	
SOLICITANTE: MILAGROS MORENO PEREZ	
TLF/E-MAIL (SOLICITANTE): 968 451192	

PERFIL DEL PACIENTE

- Pluripatológico
- Convalecencia-Orto geriátrica
- Cuidados Paliativos
- Salud Mental
- Convalecencia-Ictus
- Respiratorios Crónicos
- Alzheimer y otras demencias

DEPENDENCIA

Reconocido grado de dependencia  Sí  No

OTRAS INFORMACIONES RELEVANTES

convive con su marido y su hijos, de 56 años, discapacitado, incapacitado judicialmente, cuya tutela la tiene la Fundación para la tutela.

El matrimonio tiene otro hijo mayor que casado y con 4 hijos, que viven en . Hace dos años se vino uno de los nietos de para cuidar de los abuelos y de su tío. El nieto, también llamado , tiene 19 años. El nieto hace lo que puede en cuanto a cuidados y tareas domésticas, pero le faltan habilidades y madurez. En cuanto a los familiares de , es preferible que no acudan, porque cuando lo hacen distorsionan más la dinámica familiar.

Tanto como acuden al Centro de día de Mayores de Abarán desde hace unos dos años. su hijo, también es alumno del Centro de día para personas con discapacidad "La Noria", de Abarán. Tienen SAD durante 3 días a la semana por la mañana para apoyo al aseo personal, y tienen SAD los fines de semana. Las necesidades de los tres, con estos Servicios y con el apoyo puntual del nieto es suficiente, excepto cuando surge alguna enfermedad por la que alguno de ellos requiere cuidados o atenciones especiales, como ocurre en estos momentos.

Hace unos meses les concedieron plaza a través de la dependencia en la Residencia de Mayores de Abarán, a , pero ellos no quisieron aceptarla en ese momento. Actualmente, dada la situación en la que se encuentran, el recurso de la

Unidad de Gestión Socio sanitaria  
E-mail: coord-socio sanitaria@listas.carm.es  
FAX: 968 22 66 28  
TLF: 968 22 66 19

Con motivo de su última asistencia hospitalaria se detectó un error que puede haber causado una hipotética sobremedicación, circunstancia esta que nos hace sospechar aun mas sobre el precario control y cuidados de su entorno.

INTERVENCIONES PROPUESTAS

Puesto que no existen cuidadores en el entorno que puedan hacerse cargo de ambos mayores cuando empeoran o requieren atención hospitalaria, el recurso idóneo para Mª Carmen y Antonio, será su ingreso en residencia de mayores de Abarán.

RECURSO PROPUESTO

- ESAD (Cuidados Paliativos)
- Domicilio y control E.A.P.
- Unidad de Hospitalización SS
- Otros: consulta externa geriatría, UTS- Abarán.
- Residencia
- Centro de Día
- Cuidados medios

Unidad de Gestión Socio sanitaria  
E-mail: coord-socio sanitaria@listas.carm.es  
FAX: 968 22 66 28  
TLF: 968 22 66 19

Nº registro solicitud valoración:

Seguimiento por UGEV

Formulario de seguimiento de pacientes sociosanitarios

### Datos del paciente

**NIF** [redacted] **Sexo** M  **¿Prioritario?**

**Nombre** [redacted] 

**Apellidos** [redacted]

**Fecha nacimiento** [redacted] **Edad** 84

**Dependencia** Grado II **Nivel** Nivel 2

**Estado actual** Sociosanitario

**Recurso actual**

Domic. EAP  Domic. EAP ESAD  ESAH  Unidad SS  
 Residencia  Centro de Día  Cuid. medios  UTS  
Otros: [dropdown]

### Histórico

**Fecha** 30/04/2014 **Nueva anotación** **Eliminar anotación**

**Anotación** Expediente nº 0170/2008/3147, está en estudio pendiente de meterlo en comisión para cambio de Servicio de Días a Servicio de Atención Residencial.

Registro: 1 de 7

### Solicitudes de inclusión e informes de valoración asociados

**Nº registro solíc.** IX-0157 **Fecha solíc. inclusión** 28/05/2013 **Fecha inf. val.** 05/06/2013

**Fecha ingreso (hospital)** [ ] **Fecha traslado SS** [ ] **Fecha alta SS** [ ]

**Origen deriv.** Servicios Sociales **Servicio hosp.** [ ] **Estado** Sociosanitario

**Motivo ingreso** Precario control y cuidados en su entorno

**Recurso propuesto**

Domic. EAP  Domic. EAP ESAD  ESAH  
 Unidad SS  Residencia  Centro Día  
 Cuid. medios  UTS  
Otros: [dropdown]

**Perfil del paciente**

Pluripatológico  Cuidados paliativos  Ictus y necesidad rehabilitación  Alzheimer y otras demencias  
 Convalecencia ortogerátrica  Salud Mental (EMG y drogodep.)  Problemas resp. y falta autonomía  Enfermedades Raras

Registro: 1 de 1

### Ficha trabajadora social sociosanitaria

**Fecha de seguimiento** 30/04/2014 **Situación sociofamiliar** Vive con su familia (sin cónyuge) **¿Tiene hijos?** Sí

**Disponibilidad familia** Necesitan soporte **Tipo familia** Insuficiente **Vivienda** Propia **Cuidador** Familiar

**Observaciones cuidador** La paciente es atendida en domicilio por su nieto de 19 años que se traslado hace algún tiempo desde [redacted] para hacerse cargo de sus abuelos. [redacted] el nieto de [redacted] hace lo que puede en cuanto al cuidado y tareas domésticas pero le faltan habilidades y madurez.

**Entorno familiar** Cuando acuden a domicilio los padres de Roberto provocan distorsión en la dinámica familiar.

Registro: 26 de 260

## Ley 39/2006, de 14 de diciembre (LAPAD). Datos IMAS

- **Grado I.**

**Dependencia moderada:** necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tiene necesidad de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

- **Grado II.**

**Dependencia severa:** necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, sin que se precise del apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

- **Grado III.**

**Gran dependencia:** necesidad de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y que requiere del apoyo indispensable y continuo de otra persona por la pérdida total de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial; o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

# Indicadores Sociosanitarios.

## BASE DE DATOS DE SEGUIMIENTO

### **DATOS PERSONALES**

- NIF
- Sexo
- Nombre
- Apellidos
- Fecha de nacimiento
- Dependencia
- Fecha exitus

### **DATOS SOCIALES**

#### **Situación Sociofamiliar**

- Vive sólo
- Vive con su pareja
- Vive con su familia
- Vive en residencia
- Vive con cuidador externo

#### **Hijos**

- Sí
- No
- Se desconoce

#### **Disponibilidad de la familia**

- Agotamiento
- Buena
- Rechazo
- Claudicación sin familia
- Necesita soporte

#### **Vivienda**

- Residencia
- Sin vivienda
- De la familia
- Alquilada
- Otros

#### **Cuidador**

- Externo
- Familiar
- No
- Se desconoce

#### **Condiciones de habitabilidad y accesibilidad**

- Planta baja
- Piso con escaleras
- Piso sin ascensor
- Alejado de servicios
- Malas condiciones
- Periférico
- Ducha

### **Situación laboral-económica**

**Actividad** (desplegable, se selecciona una opción)

- En activo
- Pensionista: jubilada
- Pensionista: pensión no contributiva (PNC)
- Pensionista: viudedad y jubilación
- Pensionista: viudedad
- Pensionista: invalidez
- Sin pensión
- En paro

**Nivel económico familiar** (desplegable, se selecciona una opción)

- Alto
- Medio
- Medio-bajo
- Bajo

**Ingresos** (introducir el valor)

**Nivel de formación** (desplegable, se selecciona una opción)

- Analfabeto
- Bachillerato
- Estudios Universitarios
- Formación Profesional
- Otros
- Primaria
- Secundaria
- Sin escolarizar

#### **Dinámica familiar / Relación interpersonal**

- Problema relacional (Sí/No)
- Problemática (campo de texto)

#### **Dinámica personal / Esfera personal**

- Problema personal (Sí/No)
- Apoyo social (Sí/No)
- Problemática (campo de texto)

**Red social / Red de apoyo** (casillas selección múltiple)

- Familia
- Voluntariado
- Apoyo psicopedagógico
- Centro de día
- Teleasistencia
- Centro tercera edad
- Centro ocupacional
- SAD
- Vecinos
- Otros
- Actividades sociales (campo de texto)

**Diagnóstico social** (campo de texto)

**Plan de intervención** (campo de texto)

**Seguimiento** (campo de texto)

# Unidad de Gestión Evaluación y Valoración Sociosanitaria

