



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Servicio de Epidemiología

Ronda Levante, 11
30008 Murcia

Cuestionario Enfermería

CENTRO DE SALUD: _____

MUNICIPIO: _____

ENFERMERO/A: _____

FECHA ___/___/___ HORA INICIO: ___:___

ID DEMO

(CODIGO/ETIQUETA HMM)

(CODIGO/ETIQUETA BIOBANCO)

TENSION ARTERIAL

Brazo Derecho: SI NO

Manguito: Mediano Grande Pequeño

	HORA	PAS	PAD	FC
1ª medida				
2ª medida				

En caso de no realizarse la medición, motivo: _____

TALLA DE PIE

	1ª medida	2ª medida
Talla en cm		

En caso de no realizarse la medición, motivo: _____

CINTURA

Medida cintura en cm:

En caso de no realizarse la medición, motivo: _____

CADERA

Medida cadera en cm:

En caso de no realizarse la medición, motivo: _____



PESO – ANALIZADOR DE GRASA CORPORAL (Preguntas previas)

	SI	NO
¿Tiene ud. un marcapasos implantado?	Solo peso	NO
¿Ha orinado antes de la medición?	SI	NO
¿Lleva algún otro tipo de implante o prótesis (de silicona, metálicos...)	SI	NO
¿Ha hecho usted ejercicio extenuante durante las últimas 12h?	SI	NO
¿Ha ingerido usted alimentos o líquidos hace menos de 4 h.?	SI	NO
¿Está usted enfermo (gripe, resfriado)?	SI	NO
¿Ha tomado fármacos diuréticos en las últimas 12 h.?	SI	NO

Medición analizador de grasa corporal

	MEDIDA		MEDIDA
Peso en Kg.		% Agua corporal	
% Grasa corporal		Nivel de grasa visceral	
Masa grasa corporal		Tasa metabólica basal (kJ)	
% Músculo corporal		Tasa metabólica basal (kcal)	
Masa muscular corporal		Índice de Masa Corporal (IMC)	

En caso de no realizarse la medición, motivo: _____

EXTRACCION DE MUESTRAS (preguntas previas a la extracción)

Hora de la última ingesta sólida y líquida (excepto agua)	
Hora de la última ingesta de medicamentos	