

ANGELS **NURSES**

FORMULARIO DE DATOS

Nº de identificación
único del paciente:

Nº de formulario:

Indicador	Cuidados de enfermería	Realizado (Sí/NO y Comentarios)
Manejo de la disfagia	Adaptación de la dieta Reevaluación del test de disfagia (cada turno primeras 24h y después cada 24h)	
Movilización precoz 48h	Movilización Sedestación precoz Atención a problemas asociados (TVP, Neumonía, UPP)	
Situación neurológica al alta	NIHSS y/o Canadiense Otra: _____	
Educación ictus	Educación a pie de cama y/o Sesiones formativas	
Evaluación y manejo de la eliminación	Reeducación de esfínteres Valoración eliminación urinaria (infección)	
Evaluación del estado de ánimo	Detección precoz de signos de alerta (antecedentes de depresión, factores de riesgo) Post-stroke depression rating scale	