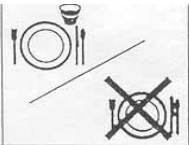
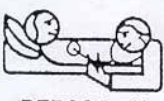
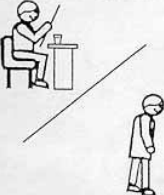
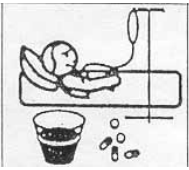


VIA CLINICA DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

INFORMACION PARA EL PACIENTE Y/O FAMILIAR

DIA Ubicación	CUIDADOS	ACTIVIDAD	MEDICACION	COMIDA
1 Ingreso Urgencias-Planta		 REPOSO EN CAMA		 DIETA BLANDA
2 Planta		 REPOSO EN CAMA		 DIETA BLANDA
3 Planta				 DIETA BLANDA/NORMAL
4 Planta				 DIETA NORMAL
5 Planta			 ORAL	 DIETA NORMAL
6 Planta			 ORAL	 DIETA NORMAL
7 Planta	 ALTA		 ORAL	 DIETA NORMAL

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA	
SERVICIO DE PEDIATRIA	DR:
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....	
Marcar con una “X” lo realizado en las casillas no sombreadas	

ENFERMERIA	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
Valoración de enfermería							
Plan de cuidados							
Temperatura							
FC							
TA							
Vía venosa periférica				S/N			
Bioquímica					S/N		
Hemograma					S/N		
Hemocultivo							
Serología neumonia							
Rx. de tórax							
Oxigenoterapia	S/N	S/N	S/N				
Fluidoterapia	S/N	S/N	S/N				
Antitérmicos (Analgésicos)	S/N	S/N	S/N	S/N			
Antibióticos IV				S/N			
Antibióticos orales				S/N			
Encuesta de satisfacción							

MEDICO	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
Anamnesis							
Exploración física							
Tratamiento							
Valoración de pruebas complementarias							
Paso de antibióticos IV a orales				S/N	S/N		
Información al enfermo y familiares							
Valoración de criterios de alta							
Anticipación de alta							
Informe de alta							S/N

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA CON INGRESO									
SERVICIO DE PEDIATRIA				DR:					
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....				DIA 1 – FECHA: (...../...../.....) INGRESO URGENCIA – PLANTA Hora de ingreso: (...../.....)					
Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado									
ENFERMERIA									
Valoración de enfermería						Temperatura			
Plan de cuidados						F. Cardíaca			
Vía venosa periférica						T. Arterial			
Hemograma						F. Respiratoria			
Bioquímica: Urea, Creatinina, Iones y Glucosa						Radiografía de tórax PA			
						Oxigenoterapia (si precisa)			
Serología						Mantoux			
Hemocultivo						VRS			
PCR									
MEDICACION									
Nolotil IV						Cefuroxima			
Ibuprofeno						Cefotaxima			
Paracetamol						Eritromicina			
Claritromicina						Amoxi-clavulánico			
Ceftriaxona.									
MEDICO									
Anamnesis						Exploración			
Petición de pruebas complementarias						Tratamiento			
Información al paciente y familiares									

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA									
SERVICIO DE PEDIATRIA					DR:				
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....					DIA 2 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA				
Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado									
ENFERMERIA									
Valoración de enfermería				CONSTANTES VITALES		Temperatura			
Plan de cuidados						F. Cardíaca			
Analítica de ingreso						F. Respiratoria			
Serología.									
Vía venosa periférica				Gasometría arterial (si procede)					
Fluidoterapia (si precisa)				Oxigenoterapia (si precisa)					
MEDICACION									
Amoxicilina-clavulánico						Nolotil (si fiebre)			
Cefotaxima						Cefuroxima			
Paracetamol						Eritromicina			
Ibuprofeno						Claritromicina			
						Ceftriaxona			
MEDICO									
Anamnesis						Exploración			
Valoración de pruebas complementarias						Tratamiento			
Información al paciente y familiares									

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA									
SERVICIO DE PEDIATRIA					DR:				
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....					DIA 3 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA				
Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado									
ENFERMERIA									
Valoración de enfermería				CONSTANTES VITALES		Temperatura			
Plan de cuidados						F. Cardíaca			
Vía venosa periférica						F. Respiratoria			
Fluidoterapia (si precisa)				Oxigenoterapia (si precisa)					
MEDICACION									
Amoxicilia-clavulánico					Claritromicina				
Cefotaxima					Ceftriaxona				
Paracetamol					Nolotil (si fiebre)				
Ibuprofeno					Eritromicina				
					Cefuroxima				
MEDICO									
Evaluación clínica				Exploración					
Valoración de analítica				Tratamiento					
Información al paciente y familiares									

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION-VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA									
SERVICIO DE PEDIATRIA					DR:				
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....					DIA 4 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA				
Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado									
ENFERMERIA									
Valoración de enfermería						CONSTANTES		Temperatura	
Plan de cuidados						VITALES		F. Cardíaca	
Vía venosa periférica								F. Respiratoria	
Fluidoterapia si precisa						Oxigenoterapia (si precisa)			
						Gasometría arterial (si procede)			
MEDICACION									
						Amoxicilina			
Amoxicilina-clavulánico						Ceftriaxona			
Cefotaxima						Cefuroxima			
Claritromicina						Nolotil			
Paracetamol						Ibuprofeno			
MEDICO									
Evaluación clínica						Exploración			
Petición de pruebas complementarias						Tratamiento			
Información al paciente y familiares									

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA		Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.		
Turno de mañana:		
Turno de tarde:		
Turno de noche:		

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA									
SERVICIO DE PEDIATRIA					DR:				
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....					DIA 5 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA				
Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado									
ENFERMERIA									
Valoración de enfermería				CONSTANTES VITALES	Temperatura				
Plan de cuidados					F. Cardíaca				
Retirar vía venosa periférica					F. Respiratoria				
MEDICACION									
Amoxicilina oral						Cefuroxima			
Claritromicina oral						Eritromicina			
MEDICO									
Evaluación clínica					Exploración				
Valoración de pruebas complementarias					Tratamiento				
Información al paciente y familiares									

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA		Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.		
Turno de mañana:		
Turno de tarde:		
Turno de noche:		

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA									
SERVICIO DE PEDIATRIA					DR:				
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....					DIA 6 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA				
Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado									
ENFERMERIA									
Valoración de enfermería				CONSTANTES VITALES		Temperatura			
Plan de cuidados						F. Cardíaca			
Encuesta de satisfacción						F. Respirat.			
MECICACION									
Amoxicilina						Cefuroxima			
Claritromicina						Eritromicina			
MEDICO									
Valoración clínica				Exploración					
Valoración pruebas complementarias				Tratamiento					
Valorar criterios de alta/Informe de alta				Información al paciente y familiares					

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA		Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.		
Turno de mañana:		
Turno de tarde:		
Turno de noche:		

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA									
SERVICIO DE PEDIATRIA					DR:				
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....					DIA 7 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA				
Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado									
ENFERMERIA									
Valoración de enfermería				CONSTANTES VITALES		Temperatura			
Plan de cuidados						F. Cardíaca			
						F. Respirat.			
MEDICACION									
Amoxicilina						Cefuroxima			
Claritromicina						Eritromicina			
MEDICO									
Evaluación clínica				Exploración		Recomendaciones al alta/Informe de alta			
Información al paciente y familiares									

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA								Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.								
Turno de mañana:								
Turno de tarde:								
Turno de noche:								

Firma del coordinador:

HOJA DE VERIFICACION – VIA CLINICA PARA LA NEUMONIA					
SERVICIO DE PEDIATRIA			DR:		
ETIQUETA (En su defecto indique nombre y ubicación del paciente) NOMBRE:..... CAMA:.....			DIA 8 – FECHA: (...../...../.....) PLANTA		
Marcar con una “X” o rellenar numéricamente lo realizado					
ENFERMERIA					
Valoración de enfermería		CONSTANTES VITALES	Temperatura		
			F. Cardíaca		
Plan de cuidados			F. Respirat.		
MEDICO					
Evaluación clínica		Exploración			
Información al paciente y familiares					
Recomendaciones al alta/Informe de alta					

VARIACIONES DE LA VIA CLINICA	Firma
Indique: 1.- Lo realizado y no planificado, 2.- Lo planificado y no realizado y 3.- Los sucesos adversos.	
Turno de mañana:	
Turno de tarde:	
Turno de noche:	

Firma del coordinador:

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL ENFERMO/FAMILIAR

VIACLINICA DE NEUMONIA EXTRAHOSPITALARIA CON INGRESO

SERVICIO DE PEDIATRIA, DR:.....

Por favor recuerde que se le pregunta en cada cosa «Lo que ha recibido» y «Lo que desea y espera recibir»
 Marque con una “X” lo que proceda: 1: Nivel más bajo o lo peor 10: Nivel más alto o lo mejor

¿Conoce el nombre del médico que le ha atendido?						SI		NO		
¿Conoce el nombre de la enfermera que le ha cuidado?						SI		NO		
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre del médico que le ha atendido?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué valor le da usted a conocer el nombre de la enfermera que le ha cuidado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Le enseñaron y explicaron los dibujos informativos de su estancia en el hospital?						SI		NO							
¿Cómo valora usted que se le informe de las atenciones que va a recibir?						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Coincidió su estancia con lo que en esa hoja se le explico?						SI		NO							
¿Qué importancia le da usted a que coincida lo planificado con lo realizado?						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Qué mejoría del estado general sintió usted en los primeros días del niño?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted a la mejoría del estado general del niño?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Cómo cree que le informaron de la enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted a estar informado de la enfermedad?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Se ajustó el tiempo de visitas a lo esperado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted a tener visitas en el hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Qué le pareció la limpieza de la habitación donde ha estado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted a la limpieza de la habitación?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Qué le pareció la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué importancia le da usted a la cantidad y calidad de la comida?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Recomendaría a un familiar los servicios de este hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Qué valor le da usted a la atención recibida en este hospital?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Estamos interesados en utilizar sus opiniones para mejorar nuestro trabajo. ¿Desea hacer alguna sugerencia adicional?. Por favor díganos:

Lo que menos le ha gustado:
Lo que más le ha gustado:

Gracias por su atención