Por favor, marque la respuesta que corresponda con su residencia

nutritionDay worldwide

Residencia
Hoja 1

Fecha | | | | | | | | |

Center-Code | | | | | |

ódigo de la unidad | | | | | |

Número de usuarios			
Número máximo de usuarios por unidad			
Número máximo de usuarios en la institución			

¿Hay un(a) dietista/ diestista-nutricionista en esta unidad?

- ○ Sí
- ○ No

¿Hay un(a) responsable para preguntas específicas de nutricion?

- ○ Sí
- ○ No

¿Se valora regularmente la malnutrición o el riesgo de malnutrición en sus residentes? (solo una opción)

- ○ Una vez, en la admisión
- ○ Apróx. una vez al mes
- ○ De 4 a 6 veces al año
- ○ De 1 a 2 veces al año
- ○ Nunca

Evaluación de la malnutrición/riesgo de la malnutrición de todos los residentes por

- ○ Índice de masa corporal (IMC)
- ○ Evolución del peso
- ○ Registro de la cantidad de comida
- ○ Clínica
- ○ Cribado de malnutrición (MNA-SF, MUST, NRS, …)
- ○ otros

¿Con qué frecuencia pesan a sus residentes habitualmente? (solo una respuesta posible)

- ○ Una vez, en la admisión
- ○ Apróx. una vez al mes
- ○ De 4 a 6 veces al año
- ○ De 1 a 2 veces al año
- ○ Nunca

Muchas gracias

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany

Por favor, marque la respuesta que corresponda con su residencia

nutritionDay worldwide

Residencia
Hoja 2

Fecha | | | | | | | | |
Código del centro | | | | | |
Código de la unidad | | | | | |

Consentimiento ◯ por escrito/ oralmente ◯ Denegado
¿El residente ha participado el año pasado? ◯ Sí ◯ No
N° del residente | | |
Nombre (2 iniciales) | |
Apellido (2 iniciales) | |
Año del nacimiento (FFFF) | | | | |

Fecha del ingreso | | | | | | | | |
Sexo ◯ Masculino ◯ Femenino
Altura (m) | | |
Peso actual (kg) | | | |
Peso (kg) hace 3 meses | | | |
Peso (kg) hace un año | | | |

¿El tiempo necesario para los cuidados básicos diarios?
◯ No cuidado
◯ < 45 min/día ◯ 120 - 239 min/día
◯ 45 - 119min/día ◯ > 240 min/día

Movilidad
◯ de la cama al sillón
◯ autonomía en el interior
◯ Sale de la unidad

El residente es capaz de expresarse oralmente y / o non verbal ◯ Sí ◯ No

Cognición
◯ Demencia severa
◯ Demencia leve ◯ No demencia

Depresión
◯ Depresión severa
◯ Depresión leve ◯ No depresión

Diagnosis causa-cuidados (múltiples respuestas posibles)
◯ Tumor/cáncer
◯ Sistema nervioso (por ejemplo: Demencia, Ictus, Esclerosis múltiple, M. Parkinson)
◯ Sistema musculoesquelético
◯ Sistema cardiovascular/pulmonar (IM, Insuficiencia cardíaca, EPOC)
◯ Others

¿Enfermedad aguda o situación de estrés psicológico durante los últimos 3 meses ◯ Sí ◯ No

¿Se sorprendería, si el residente muriera…
… en los próximos 6 meses? ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé ◯ Sin respuesta
… en los próximos 4 semanas? ◯ Sí ◯ No ◯ No lo sé ◯ Sin respuesta

Número de medicamentos diarios | |

Antidepresivos ◯ Sí ◯ No
Antibióticos ◯ Sí ◯ No
Opiáceos ◯ Sí ◯ No
Sedantes/calmante ◯ Sí ◯ No
Antipsicóticos/Neurolépticos ◯ Sí ◯ No

Malnutrición ◯ Sí ◯ Riesgo ◯ No
Deshidratación ◯ Sí ◯ No
Disfagia ◯ Sí ◯ No
Problemas de masticación ◯ Sí ◯ No
Dieta sólida (pures, dieta enriquecida) ◯ Sí ◯ No
Si es así **Dieta triturada** ◯ Sí ◯ No
Dieta fortificada ◯ Sí ◯ No
Suplementos nutricionales orales (p.ej., alimentos líquidos) ◯ Sí ◯ No
Alimentación por sonda (enteral) ◯ Sí ◯ No
Nutrición parenteral ◯ Sí ◯ No
Infusión ◯ Sí ◯ No

¿Ha disminuido la ingesta de alimentos durante los últimos 3 meses, debido a la pérdida de apetito, problemas digestivos, problemas de masticar o disfagia?
◯ Disminución grave
◯ Disminución leve ◯ No disminución

¿Cómo ha comido el residente en la última semana?
◯ Más de lo normal
◯ Normal
◯ Un poco menos de lo normal
◯ Mucho menos de lo normal
◯ No ha comido nada
◯ Alimentación or sonda (enteral)

Alimentación vía sonda o alimentación parenteral

◯ ¾ o todo el plato

◯ 1/2

◯ 1/4

◯ No ha comido nada
◯ Alimentación or sonda (enteral)
◯ No lo sé

¿El residentes necesita ayuda para comer? ◯ Sí ◯ No

Muchas gracias

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany

Listade residentes y evolución de la unidad (todos residentes de la unidad)

nutritionDay worldwide

Por favor mantener solo localmente!

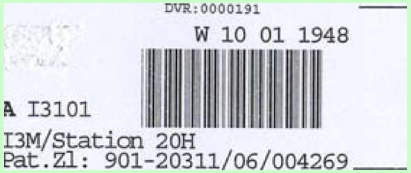
Codificatio
A=Todavía en residencia
B=Traslado a otra residencia
C=Alta de la residencia
D=Fallecimiento
E=Otros

Código del centro

ódigo de la unidad

Fecha

Fecha de evaluación del desarrollo del paciente

		Desarrollo del paciente tras 6 meses						
Nombre, Apellido, fecha de nacimiento **resident sticker**	**N° del residente**	**residencia despues de 6 meses**	**Fecha de traslado a otra unidad, fallecimiento...**	**peso actual (kg)**	***en los últimos 6 meses***			**Comentarios**
					estancia hospitalaria		**Número de caídas**	
					número	**en dias**		
				solo complementar si A, D o E es correcto				
	1	A	24.04.2017	75,2 kg	2	17	3	

Muchas gracias

©Hiesmayr / Schindler ESPEN - AKE - Austria / Volkert / Streicher FAU - Germany