



## **INFORME ENFERMERO DE VALORACIÓN, PREVIO A LA PRESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS Y/O VISADO DE RECETAS DE ABSORBENTES PARA LA IU.**

### **Informe Enfermero:**

En aquellos pacientes a los que se estime prescribir por primera vez algún dispositivo y/o absorbentes de incontinencia, se valorará su situación por parte de su Enfermera de Familia (ya sea en el domicilio o en la consulta). El modelo de informe es el que aparece en el anexo de este documento.

En el caso de pacientes incapacitados o confinados, éstos se incluirán en la actividad de **Visita Domiciliaria**. El profesional de Enfermería asignado a sus cuidados hará una valoración de las necesidades.

En pacientes ya incluidos en el procedimiento administrativo de “visado de recetas”, las Unidades de Visado irán renovando los informes disponibles por los actuales (como el incluido en el anexo). Esta renovación se realizará de manera gradual y paulatina o bien cuando se produzca alguna modificación en la situación del paciente que afecte a las condiciones de visado que tenía individualmente establecidas.

### **Prescripción:**

La Enfermera facilitará la labor de una prescripción correcta y adecuada del médico de familia del paciente, con la emisión de un informe claro y cumplimentado en todos sus apartados.

Una prescripción correcta agiliza el tratamiento administrativo del visado y facilita a nuestro paciente el absorbente exacto que se haya seleccionado.

La diversidad de absorbentes que existen en el mercado, la variada y confusa nomenclatura y la no disponibilidad de todas la variedades de absorbentes por parte de las marcas comerciales, originan frecuentes errores, tanto en la prescripción como en el visado y dispensación, con las consecuentes molestias para el paciente y su cuidadora y el coste adicional que conllevan estas situaciones (a la institución y a la familia).



**INFORME DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL USO DE DISPOSITIVOS Y/O ABSORBENTES DE INCONTINENCIA.**

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ . Nº de Tarjeta Sanitaria Individual: \_\_\_\_\_  
Clave médica o médico de familia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ . Peso: \_\_\_\_\_  
Contorno de cintura: \_\_\_\_\_ . (expresado en centímetros).

Diagnóstico o causa de la incontinencia: \_\_\_\_\_  
Duración de la incontinencia: \_\_\_\_\_  
**Tipo de incontinencia:**  
IU de esfuerzo  IU de urgencia  IU total   
IU refleja  IU funcional  I Fecal

**Estado del Paciente:**  
Cama  Cama/Sillón  Deambula   
Test de Pfeiffer  Cuestionario valoración IU   
Presencia de UPP  Precisa Cuidadora

**DISPOSITIVO RECOMENDADO:** ORIS  COLECTOR DE PENE  ABSORBENTES

COMBINACIONES DE ABSORBENTES (Máximo de uds. / día)	SELECCIÓN (SEÑALAR CON UN ASPA)	TALLA	PAUTA DE VISADO
RECTANGULAR DÍA (4)			CADA 20 DÍAS
ANATÓMICO ELÁSTICO DÍA (4)			CADA 20 DÍAS
ANATÓMICO NOCHE (3)			CADA 27 DÍAS
ANATÓMICO SUPER NOCHE (1)			CADA 80 DÍAS
RECTANGULAR (2) + ANATÓMICO NOCHE (1)			CADA 40 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 DÍAS EL NOCHE
ANATÓMICO ELÁSTICO DÍA (2) + A. NOCHE (1)			CADA 40 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 DÍAS EL NOCHE
RECTANGULAR (3) + ANATÓMICO NOCHE (1)			CADA 27 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 NOCHE.
ANATÓMICO ELÁSTICO DÍA (3) + A. NOCHE (1)			CADA 27 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 NOCHE.
RECTANGULAR (2) + ANATÓMICO NOCHE (2)			CADA 40 DÍAS LOS DOS TIPOS
ANATÓMICO ELÁSTICO DÍA (2) + A. NOCHE (2)			CADA 40 DÍAS LOS DOS TIPOS
RECTANGULAR (3) + ANAT. SUPER NOCHE (1)			CADA 27 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 NOCHE.
ANAT. ELÁST. DÍA (3) + A. SUPER NOCHE (1)			CADA 27 DÍAS RECTANGULAR Y CADA 80 NOCHE.

Fecha de realización: \_\_\_\_\_ . Lugar realización: DOMICILIO / CENTRO.

Nombre y apellidos del profesional: \_\_\_\_\_  
Firmado:



DISTRITO de A. P. S. CONDADO-CAMPIÑA.  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.  
CONSEJERÍA DE SALUD.

C/ Ronda de los Legionarios nº 8.  
21700 La Palma del Condado (Huelva).  
959 027003 (227003)  
Fax: 959 027019 y 20.