

DIARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS HOJA DIARIA

Fecha: _____

1. ¿Cómo se siente el paciente hoy? (Marca con una)

- Bien
 Regular
 Mal

2. Síntomas principales

✦ Dolor:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El peor dolor que se pueda imaginar)

✦ Agotamiento (cansancio, debilidad):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Lo más agotado que se pueda imaginar)

✦ Somnolencia (adormilado):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Lo más somnoliento que se pueda imaginar)

✦ Náuseas:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Las peores náuseas que se pueda imaginar)

✦ Pérdida de apetito:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (El peor apetito que se pueda imaginar)

✦ Dificultad para respirar:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar)

✦ Desánimo:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Lo más desanimado que se pueda imaginar)

✦ Nerviosismo (intranquilidad, ansiedad):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Lo más nervioso que se pueda imaginar)

✦ Dificultad para dormir:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar)

✦ Sensación de bienestar:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Sentirse lo peor que se pueda imaginar)

✦ Otro problema (especificar): _____

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Lo peor posible)

3. Comida y líquidos

🍴 ¿Comió bien? Sí No, comió poco No pudo comer

💧 ¿Tomó suficiente agua? Sí No

4. Medicamentos

💊 ¿Tomó sus medicamentos a tiempo? Sí No

💊 ¿Tuvo algún problema con los medicamentos? Sí No

💊 ¿Medicamento extra para dolor u otro síntoma? Sí, especificar: _____

5. ¿Necesita algo hoy?

📞 ¿Algo urgente para avisar al doctor? Sí No

✦ Comentarios adicionales: _____