

SERVICIO DE TELEASISTENCIA DATOS DO USUARIO

DATOS DO ESTADO DE SAUDE DO USUARIO

U.4

CÓDIGO DE USUARIO	APELIDOS	NOME

DISCAPACIDADE FUNCIONAL	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	CONTROL DE ESFÍNTERES
<input type="checkbox"/> Válese <input type="checkbox"/> Necesita Axuda <input type="checkbox"/> Axuda Total		Incontinencia Orina <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial Incontinencia Feces <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial
DISCAPACIDADE PSÍQUICA	ALERXIAS	
<input type="checkbox"/> Válese <input type="checkbox"/> Necesita Axuda <input type="checkbox"/> Axuda Total		
SENTIDOS	TRATAMENTO	DISCAPACIDADE PSÍQUICA
OÍDO <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal VISTA <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal FALA <input type="checkbox"/> Ben <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mal	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Peso do Usuario: <input type="checkbox"/> < 80 Kg. <input type="checkbox"/> De 80 a 100 Kg. <input type="checkbox"/> > 100 Kg. </div>	<input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Inseguridade <input type="checkbox"/> Desorientación <input type="checkbox"/> Agresividade <input type="checkbox"/> Soedade <input type="checkbox"/> Axitación <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Outras

Toma de datos realizada por: Empregado..... N° de empregado..... Data/...../..... Sinatura.....