

Plan personal de autocuidados en pacientes asmáticos

Nombre y apellidos:

	SITUACION OPTIMA	INICIAL _/_	OBJETIVO _/_	OBJETIVO _/_
IMPLICACION EN SU AUTOCUIDADO				
Afronta su enfermedad crónica	Si			
Fija objetivos propios	Si			
Realiza autocontroles	Si			
Conoce síntomas de exacerbación	Si			
TABACO				
fuma	No			
ESTRÉS-ANSIEDAD				
Control del estrés	Si			
ACTIVIDAD FISICA				
Días por semana	5 días			
Minutos/día Horas / semana	30-45 min 3-4 h			
Eficaz y con frecuencia respiratoria	_ y _ resp. minuto			
DESENCADENANTES				
Exposición a desencadenantes	No			
FUNCIÓN PULMONAR				
FEM >80%				
EXACERBACIONES				
Necesidad de medicación de rescate				
MEDICACION				
Nº días que olvidó tomar la medicación	Ninguno			
Utiliza correctamente inhaladores	Si			
Instrucciones por escrito	Orden utilización			
Realiza cuidados tras su uso	Si			
Conoce la mediación aliviadora en caso de exacerbación	Salbutamol Terbutalina			
Plan acción individualizado por escrito	Si			
Conoce la dosis adecuada de medicación aliviadora	2puff c/4-6 h 1puff c/4-6h			
Plan acción individualizado por escrito	Si			
MEDIDAS ANTROPEMETRICAS				
Peso				
IMC	Menor o igual a 25			
Perímetro abdominal	Menor de 88 mujeres Menor de 102 hombres			
VACUNACION				
Vacunación antigripal	Anual si procede			
Vacunación antineumocócica	Si procede			