**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE OXÍGENO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE DEL PACIENTE | FECHA |
|  |  |
| DETALLES DEL PACIENTE |
|  |

**NOTA**: El riesgo debe evaluarse de forma continua, y cada prescripción de oxígeno en el hogar debe revisarse y seguirse regularmente con especialistas respiratorios. Por favor, adjunte documentación de respaldo, si está disponible.

EVALUACIÓN DE RIESGOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** | **CATEGORÍA / RIESGO** | **NOTAS** |
|  |  | **RIESGOS FÍSICOS** |  |
|  |  | Desafíos de movilidad y/o equilibrio |  |
|  |  | Discapacidad visual |  |
|  |  | Deterioro cognitivo |  |
|  |  | Condiciones de vida (por ejemplo, desorden, salvaescaleras) |  |
|  |  | Otro: |  |  |
|  |  | Otro: |  |  |
|  |  | **RIESGOS DE ESTILO DE VIDA** |  |
|  |  | Fumador actual: en caso afirmativo, enumere los tipos de productos que el paciente fuma y si existe evidencia visible (quemaduras en la piel, muebles, etc.) |  |
|  |  | En proceso de dejar de fumar – En caso afirmativo, ¿cuál es el progreso del paciente? ¿El paciente está utilizando una herramienta o programa? ¿Cómo se confirmó esto? (por ejemplo, niveles de monitoreo de CO) |  |
|  |  | Ex fumador – En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? ¿Cómo se confirmó esto? (por ejemplo, visita domiciliaria, niveles de monitor de CO) |  |
|  |  | Otros fumadores en las instalaciones |  |
|  |  | Adicción (por ejemplo, alcohol, drogas) |  |
|  |  | Otro: |  |  |
|  |  | Otro: |  |  |

Continuación de la EVALUACIÓN DE RIESGOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **No** | **CATEGORÍA / RIESGO** | **NOTAS** |
|  |  | **RIESGOS AMBIENTALES** |  |
|  |  | Vive en edificio con ocupación múltiple |  |
|  |  | Vidas no acompañadas |  |
|  |  | Vive con dependientes vulnerables (por ejemplo, ancianos, niños) |  |
|  |  | Cocineros con estufa de gas |  |
|  |  | Dependiente de silla de ruedas |  |
|  |  | Encuadernación en cama |  |
|  |  | Alarmas de humo en funcionamiento |  |
|  |  | Problemas de almacenamiento de equipos de oxígeno |  |
|  |  | Otro: |  |  |
|  |  | Otro: |  |  |

INFORMACIÓN ADICIONAL

|  |
| --- |
|  |

DECISIÓN

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE Y FUNCIÓN DEL EVALUADOR DE RIESGOS |  | NOMBRE Y FUNCIÓN DEL FUNCIONARIO APROBADOR |
|  |  |  |
| UBICACIÓN |  | UBICACIÓN |
|  |  |  |
| FIRMA | FECHA |  | FIRMA | FECHA |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**Cualquier artículo, plantilla o información proporcionada por Smartsheet en el sitio web es solo para referencia. Si bien nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos representaciones o garantías de ningún tipo, expresas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, artículos, plantillas o gráficos relacionados contenidos en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |