



FORMULARIO DE LIMITACIÓN E ADECUACIÓN DO ESFORZO TERAPÉUTICO

Servizo _____

Data _____ Hora _____

Identificación do paciente

Marcar con X os apartados procedentes

Existe documento de Instrucións Previas do paciente SI ☐ NON ☐

Medidas de limitación terapéutica (NON INICIAR)

- | | |
|--|---|
| ☐ Se PCR, non iniciar RCP | ☐ Nutrición artificial |
| ☐ Ingreso hospitalario | ☐ Intervención cirúrxica |
| ☐ Ingreso en Unidade de Coidados Críticos | ☐ Determinacións analíticas |
| ☐ Intubación | ☐ Aminas vasoactivas |
| ☐ Depuración extrarrenal | ☐ Transfusión de hemoderivados |

☐ **Manter medidas iniciadas** sen incrementar doses e non iniciar novos tratamentos (especificar durante canto tempo, se procede)

Medidas de inicio e/ou continuación de tratamento

- | | |
|---|---|
| ☐ Analxesia e sedación | ☐ Coidados xerais de hixiene e confort |
| ☐ Hidratación e nutrición | ☐ Coidados paliativos |
| ☐ Antibioterapia | ☐ Outras (especificar) _____ |
| ☐ Aspiración de secrecións | _____ |

Retirar medidas terapéuticas xa iniciadas

- | | |
|---|---|
| ☐ Depuración extrarrenal | ☐ Nutrición artificial |
| ☐ Aminas vasoactivas | ☐ Outras (especificar) _____ |
| ☐ Ventilación mecánica | _____ |

☐ **Rescisión das ordes previas (xustificar motivo)**

☐ **Outra orde adicional (indicar)**

☐ **Suspender limitación do esforzo terapéutico**

Facultativo responsable