**Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Plan de acción para RN: PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

|  |
| --- |
| **Área problemática objetivo:**  |
| **Por qué puede ocurrir el problema:** *
*
*
*
 |
| **Meta(s) objetivo:**  |

**ESTRATEGIAS**

**Afrontamiento**

|  |
| --- |
| **QUÉ HACER:** |
| * Cambie de posición lentamente
 |
| * Beba más agua a lo largo del día
 |
| * Hágase revisiones visuales y auditivas
 |
| * Si se cae, dígaselo a alguien, como un familiar, un amigo o un profesional de atención médica
 |
| * (Otros):
 |
| * (Otros):
 |
| * (Otros):
 |

**Prevención**

|  |
| --- |
| **QUÉ HACER:** |
| * Revise sus medicamentos para asegurarse de que no le producen mareos o somnolencia
 |
| * Incorpore actividades/ejercicio físico a su rutina
 |
| * Intente controlar sus ganas de orinar
 |
| * Hable de los sentimientos de desánimo, depresión, desesperanza, ansiedad, etc.
 |
| * (Otros):
 |
| * (Otros):
 |
| * (Otros):
 |

**PRÁCTICA**

Según lo que hemos hablado, está dispuesto a intentar:

* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Si una idea no funciona a la primera, inténtelo de nuevo (y de nuevo).

Es posible que hagamos algunos cambios en las próximas sesiones, basados en su funcionamiento.

Enfermera titulada Fecha