**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