**FORMATO DE GUIÓN**

**SIMULADOR ATENCIÓN A PACIENTES**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

**En la animación del paciente se debe mostrar con facies de dolor, la mano en le pecho, angustiado, sudoroso, pálido de forma permanente durante la realización de toda la Historia Clínica**

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO**

**BLOQUE 1 | SALUDO**

**COMANDO DE VOZ “SALUDAR”**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE SALUDAR “MÉDICO”** | **RESPUESTA AL SALUDO “PACIENTE”** |
| Buenos días, Don Alberto | Buen día Doctor…  Buen día Doctora |
| Buenas Tardes, Don Alberto |
| Buenas Noches, Don Alberto |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5 para médico – Max 1 para paciente)*

**INTERACCIÓN PACIENTE/FISIOTERAPEUTA**

**BLOQUE 1 | SALUDO**

**COMANDO DE VOZ “SALUDAR”**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE SALUDAR “FISIOTERAPEUTA”** | **RESPUESTA AL SALUDO “PACIENTE”** |
| Buenos días, Don Alberto | Buen día Fisioterapeuta… Me siento muy mal |
| Buenas Tardes, Don Alberto |
| Buenas Noches, Don Alberto |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5 para fisio – Max 1 para paciente)*

**INTERACCIÓN PACIENTE/ENFERMERA**

**BLOQUE 1 | SALUDO**

**COMANDO DE VOZ “SALUDAR”**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE SALUDAR “ENFERMERA”** | **RESPUESTA AL SALUDO “PACIENTE”** |
| Buenos días, Don Alberto | Buen día Enfermera… Me siento muy mal  Buen día Enfermero… Me siento muy mal |
| Buenas Tardes, Don Alberto |
| Buenas Noches, Don Alberto |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5 para enfermera – Max 1 para paciente)*

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO**

**BLOQUE 1 | PRESENTACIÓN**

**COMANDO DE VOZ “PRESENTARSE”**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE PRESENTARSE “MÉDICO”** | **RESPUESTA AL SALUDO “PACIENTE”** |
| Soy el Médico que lo va atender | Gracias Doctor  Gracias Doctora |
| Soy el médico que va a estar con usted en urgencias |
|  |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5 para médico – Max 1 para paciente)*

**INTERACCIÓN PACIENTE/FISIOTERAPEUTA**

**BLOQUE 1 | PRESENTACIÓN**

**COMANDO DE VOZ “PRESENTARSE”**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE PRESENTARSE “FISIO”** | **RESPUESTA AL SALUDO “PACIENTE”** |
| Soy el fisioterapeuta que lo va atender | Gracias por atenderme |
| Soy el fisioterapeuta que va a estar con usted en urgencias |
| Me presento soy "Nombre" Fisioterapeuta que estará con usted el día de hoy |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5 para fisio – Max 1 para paciente)*

**INTERACCIÓN PACIENTE/ENFERMERA**

**BLOQUE 1 | PRESENTACIÓN**

**COMANDO DE VOZ “PRESENTARSE”**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE PRESENTARSE “ENFERMERA/O”** | **RESPUESTA AL SALUDO “PACIENTE”** |
| Soy la enfermera/o que lo va atender en urgencias | Enfermera gracias  Enfermero gracias |
| Soy "Nombre" el/la Enfermera/o que le cuidará |
| Me presento soy "Nombre" Enfermera/o que estará con usted el día de hoy |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5 para enfermera – Max 1 para paciente)*

**En la animación del paciente se debe evidenciar un gesto de acercarse al paciente, seria ideal si se pudiera evidenciar que lo toma de la mano o el hombro, usar un tono de voz tranquilo, pregunte de forma constante pero pausada**.

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO**

**PREGUNTAS DE RUTINA**

**COMANDO DE VOZ “PREGUNTAS DE RUTINA”**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE INTERACTUAR “MÉDICO”** | **RESPUESTA AL SALUDO “PACIENTE”** |
| ¿Cómo está, Don Alberto? | Me siento muy mal, tengo mucho dolor doctor  Me siento muy mal, tengo mucho dolor doctora |
| ¿Cómo se siente? |
| ¿Qué siente? |
| ¿Por qué viene hoy? |
|  |

**INTERACCIÓN PACIENTE/FISIOTERAPEUTA**

**PREGUNTAS DE RUTINA**

**COMANDO DE VOZ “PREGUNTAS DE RUTINA”**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE INTERACTUAR “FISIOTERAPEUTA”** | **RESPUESTA AL SALUDO “PACIENTE”** |
| ¿Cómo está, Don Alberto? | Me siento muy mal, tengo mucho dolor |
| ¿Cómo se siente? |
| ¿Qué siente? |
| ¿Por qué viene hoy? |
|  |

**INTERACCIÓN PACIENTE/ENFERMERA(O)**

**PREGUNTAS DE RUTINA**

**COMANDO DE VOZ “PREGUNTAS DE RUTINA”**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMAS DE INTERACTUAR “ENFERMERA (O)”** | **RESPUESTA AL SALUDO “PACIENTE”** |
| ¿Cómo está, Don Alberto? | Me siento muy mal, tengo mucho dolor Enfermera  Me siento muy mal, tengo mucho dolor Enfermero  Me siento muy mal, tengo mucho dolor Jefe |
| ¿Cómo se siente? |
| ¿Qué siente? |
| ¿Por qué viene hoy? |
|  |

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)**

**PREGUNTAS DE RUTINA - DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

**COMANDO DE VOZ “PREGUNTAS DE RUTINA”**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Cuál es su nombre y apellido? | Jairo Herrera Vega |
| ¿Cuál es su nombre completo? |
| Me recuerda su nombre completo, por favor |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5)*

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Cuál es su identificación? | 196981 |
| ¿Cuál es su número de cédula? |
|  |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5)*

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Qué edad tiene? | tengo 59 años |
| Cuántos años tiene |
| ¿Cuál es su edad? |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5)*

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| Estado civil | Casado |
| ¿Cuál es su estado civil? |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿usted que hace? | Soy comerciante independiente |
| ¿A qué se dedica? |
| ¿En qué trabaja? |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Vino acompañado? | Vine con mi esposa |
| ¿Alguien lo acompaña? |
| ¿Quién lo trae? |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Cuál es su religión? | Luego le digo… tengo mucho dolor |
| Practica alguna religión? |
| ¿Qué religión tiene? |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Hasta qué grado estudió? | Que importa ahora...tengo mucho dolor |
| ¿Qué escolaridad tiene? |
|  |
|  |
|  |

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)**

**PREGUNTAS DE RUTINA - MOTIVO DE CONSULTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿ Por qué viene? | Me falta el aire, siento mucho dolor en el pecho |
| ¿Cuál es su motivo de consulta? |
| ¿Que lo hizo venir? |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5)*

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)**

**PREGUNTAS DE RUTINA - ENFERMEDAD ACTUAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Qué siente ? | Dolor muy fuerte, me aprieta el pecho, cómo hacia el cuello. |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿ Cuando le comenzó a doler? | Me duele hace más o menos media hora, esto nunca me había dado |
| ¿Hace cuanto comenzó el dolor? |
| ¿Hace cuánto le comenzó a doler? |
| ¿Hora de inicio del dolor? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿ En donde le duele? | Me duele acá en el pecho (se toca sobre el esternón) |
| ¿En qué parte le duele? |
| ¿ En qué área le duele? |
| ¿En qué región le duele? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿El dolor se va hacia algún lado ? | No, aprieta, un poco el cuello |
| ¿El dolor se queda ahí? |
| ¿El dolor se irradia? |
| ¿El dolor pasa hacia algún lado? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Que le empeora el dolor ? | Todo, moverme, quedarme quieto |
| ¿Que le aumenta el dolor? |
| ¿Qué le hace doler más? |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Qué le mejora el dolor ? | Un poquito más sentado….. pero no mucho. |
| ¿Que le disminuye el dolor? |
| ¿ que le hace doler menos? |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Con qué relaciona su dolor ? | No sé, estoy muy estresado, por ahora sólo tengo dolor. |
|  |
|  |
|  |
|  |

**INTERACCIÓN PACIENTE/ENFERMERA**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Puede decir cuánto le duele? | 7, menos que cuando me infarte |
| de 0 a 10 siendo 10 el peor dolor de su vida, ¿cuánto le duele? |
| en una escala de 0 a 10 cuanto es el dolor? |
|  |
|  |

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)**

**PREGUNTAS DE RUTINA - ANTECEDENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Qué enfermedades tiene? | Diabetes hace 7 años |
| ¿Qué enfermedades sufre? |
| ¿Tiene alguna enfermedad? |
| ¿Ha sufrido de algo? |
| ¿Sufre alguna enfermedad? |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Qué medicamentos toma? | Insulina 20 unidades, enalapril, omeprazol y aspirina.  Uso oxígeno en la noche - CPAP (se lee CIPAP) |
| ¿Consume algún medicamento? |
| ¿Qué medicamentos usa? |
| Con que medicamento trata su diabetes |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Lo han operado de algo? | Un cateterismo cardiaco |
| Le han practicado cirugías? |
| Le ha hecho cirugías? |
| ¿Cirugías? |
| ¿Cirugías anteriores? |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha tenido accidentes? | fractura en pierna hace 30 años |
| ¿Ha sufrido accidentes? |
| Golpes? |
| Fracturas? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Consumes bebidas alcohólicas? | Ninguna |
| ¿Consume trago? |
| Es bebedor frecuente? |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha usado drogas? | Hace años en las fiestas, luego lo dejé |
| consume sustancias psicoactivas? |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| Hace cuanto tiempo no consume drogas? | en el 2011 |
| ¿Cuándo fue su último consumo de drogas? |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Usted fuma? | No |
| ¿Tiene el hábito de fumar? |
| Fuma? |
| Usa cigarrillos |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Es alérgico a algo? | No  No se |
| ¿Alergias tiene? |
| ¿Sufre alguna alergia? |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Tiene antecedentes en su familia? | mi mamá con cancer |
| Enfermedades en su familia? |
| En su familia sufren alguna enfermedad |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/FISIOTERAPEUTA/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Qué hospitalizaciones anteriores ha tenido? | Por un infarto hace 3 años |
| Lo han hospitalizado? |
| ¿Ha estado hospitalizado alguna vez? |
|  |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5)*

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO/ENFERMERA(O)**

**PREGUNTAS DE RUTINA - REVISIÓN POR SISTEMAS**

**SÍNTOMAS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha presentado fiebre? | No |
| ¿Ha presentado cambios en el peso? |
| ¿Ha tenido malestar general? |
| ¿Ha presentado cambios en el apetito? |
| ¿Ha presentado cambios en el tránsito intestinal? |
| ¿ha presentado sudoración nocturna? |
| ¿Ha presentado insomnio? |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿ Ha sentido angustia? | SI |

**SÍNTOMAS GENERALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA FISIOTERAPEUTA** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha presentado fiebre? | No |
| ¿Ha presentado pérdida de peso inexplicable? |
| ¿Ha tenido malestar general? |
| ¿ha presentado sudoración nocturna? |
| ¿ Uso prolongado de corticosteroides? |

**SISTEMA RESPIRATORIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)/FISIOTERAPEUTA** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha presentado dificultad para respirar? | SI |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)/FIOSIOTERAPEUTA** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha presentado tos? | No |
| ¿Ha presentado expectoración? |
| ¿Usa oxígeno en las noches? |

**SISTEMA CARDIOVASCULAR**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Le falta el aire cuando está en reposo? | ¿Ahorita?, si. |
| ¿Le falta el aire cuando se mueve? | Si, se me dificulta respirar más |
| ¿Cuando se le dificulta más? | Acostado es peor |

**SISTEMA GASTROINTESTINAL O DIGESTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha presentado náuseas? | Un poco |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha tenido vómito? | No |
| ¿Ha presentado dificultad para tragar? |
| ¿Ha presentado acidez estomacal? |
| ¿Ha presentado diarrea últimamente? |
| ¿Ha estado constipado últimamente? |
| ¿Ha tenido deposiciones con sangre? |

**SISTEMA GENITOURINARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha presentado dolor para orinar? | No |
| ¿Ha aumentado el número de veces que va a orinar ? |
| ¿Ha aumentado la frecuencia con la que orina durante la noche? |
| ¿Ha presentado orina de color rosa o rojisa? |
| ¿ Ha presentado alteración el chorro urinario? |
| ¿Ha presentado dolor bajo en la espalda? |

**SISTEMA ENDOCRINO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿ Ha presentado pérdida de peso? | No |
| ¿Ha presentado intolerancia al frío o al calor? |
| ¿Ha presentado temblores? |
| ¿Ha notado la voz ronca al hablar? |
| ¿ Ha presentado somnolencia? |
| ¿Ha presentado resequedad en la piel? |

**SISTEMA NEUROLÓGICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha tenido dolor de cabeza? | No |
| ¿Ha presentado mareo? |
| ¿Ha tenido sensación de hormigueo? |
| ¿Ha tenido dificultad para mover alguna parte de su cuerpo? |
| ¿ Ha presentado dificultades de coordinación? |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA FISIOTERAPEUTA** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Ha tenido sensación de hormigueo? | No |
| ¿Ha tenido dificultad para mover alguna parte de su cuerpo? |

**SISTEMA MENTAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO /ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Cómo ha sido su estado emocional en las últimas semanas? | No |
| ¿Ha tenido eventos estresores últimamente? |
| ¿Cuales? |
| ¿ Está durmiendo bien? |

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA FISIOTERAPEUTA** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Qué día es hoy? | Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo  Estamos en Chía. |
| ¿En dónde estamos? |

**SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **PREGUNTA MÉDICO/ENFERMERA(O)** | **RESPUESTA PACIENTE** |
| ¿Siente que su movilidad ha disminuido por el dolor? | Nada, me muevo bien |
| ¿ Está caminando bien ? |
| ¿Presenta limitaciones del movimiento? |
| ¿ Existe dolor al caminar? |

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO/ENFERMERA (O)/FISIOTERAPEUTA**

**PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO**

**COMANDO DE VOZ “PRESENTARSE”**

**En la animación del paciente se debe mostrar con facies de dolor, la mano en le pecho, angustiado, sudoroso, pálido de forma permanente durante la realización de toda la Historia Clínica**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREGUNTA DEL MÉDICO** | **RESPUESTA DEL PACIENTE** | **ACCIÓN DEL PACIENTE** | **ACCIÓN DEL MÉDICO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Deben ser preguntas secuenciales en el orden establecido habitualmente*

**INTERACCIÓN PACIENTE/FISIOTERAPEUTA**

**PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO**

**COMANDO DE VOZ “PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREGUNTA DEL FISIOTERAPEUTA** | **RESPUESTA DEL PACIENTE** | **ACCIÓN DEL PACIENTE** | **ACCIÓN DEL FISIOTERAPEUTA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 5)*

*Deben ser preguntas secuenciales*

**INTERACCIÓN PACIENTE/ENFERMERA**

**PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO**

**COMANDO DE VOZ “PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PREGUNTA DEL ENFERMERA** | **RESPUESTA DEL PACIENTE** | **ACCIÓN DEL PACIENTE** | **ACCIÓN DEL ENFERMERO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Deben ser preguntas secuenciales*

**INTERACCIÓN PACIENTE/MÉDICO**

**CIERRE**

**COMANDO DE VOZ “CIERRE”**

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIÓN FINAL MÉDICO** |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 1)*

**INTERACCIÓN PACIENTE/FISIOTERAPEUTA**

**CIERRE**

**COMANDO DE VOZ “CIERRE”**

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIÓN FINAL FISIO** |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 1)*

**INTERACCIÓN PACIENTE/ENFERMERA**

**CIERRE**

**COMANDO DE VOZ “CIERRE”**

|  |
| --- |
| **INSTRUCCIÓN FINAL ENFERMERA** |
|  |

*\*Añadir más o modificar las qué identificamos (Max 1)*