



EJEMPLO DE PLAN DE SALUD INDIVIDUALIZADO PARA PERSONAS CON TRASTORNOS

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Escuela: _____

Clase/grupo actual: _____

Fecha de Plan: _____

Fecha de revisión: _____

CONTACTO PARA PADRES/CUIDADORES

Nombre de contacto: _____

Relación: _____

Numero de contacto: _____ Body

Nombre de contacto: _____

Relación: _____

Numero de contacto: _____

TRASTORNO HEMORRÁGICO

- Hemofilia A (deficiencia de factor VIII)
 - Grave Moderado Leve
 - Hemofilia A (deficiencia de factor IX)
 - Grave Moderado Leve
 - Enfermedad de von Willebrand (EVW)
 - Tipo 1 Tipo 2A Tipo 2B
 - Tipo 2M Tipo 2N Tipo 3
 - Deficiencia de factor poco frecuente
Tipo: _____
 - Trastorno plaquetario poco frecuente
Tipo: _____
- Otro: _____

NUMEROS DE CONTACTOS

Nombre del contacto de emergencia:

Numero del contacto de emergencia:

Centro de tratamiento de la hemofilia Nombre de contacto:

Número del Centro de Tratamiento de Hemofilia:

SIGNOS DE EPISODIOS HEMORRÁGICOS:

- Dice que algo le duele
- Calor, hinchazón, enrojecimiento articular o muscular
- Posición inusual de las extremidades
- No utilización de un miembro
- Malhumorado, irritable
- Burbujeo u hormigueo en la zona afectada

Algo mas: _____

APLAN DE TRATAMIENTO PARA UN EPISODIO DE HEMORRAGIA MENOR



PLAN DE TRATAMIENTO PARA UN EPISODIO DE HEMORRAGIA MAYOR:



MEDICAMENTO



Nombre del medicamento: _____




Dosificación: _____

Consideraciones especiales: _____

Se guardarán los medicamentos: _____

Organización de la entrega en la escuela: _____

¿CÓMO SE ADMINISTRA LA MEDICACIÓN?

-  Inyección
-  Infusión intravenosa en vena
-  Catéter (med-a-port/Port-a-cath, o catéter Broviac/Hickman)

Otro: _____

OTRAS NECESIDADES/CUESTIONES PARTICULARES:

Actividades físicas: _____

Planes de absentismo: _____

PERSONAL ESCOLAR QUE HA RECIBIDO FORMACIÓN SOBRE TRASTORNOS HEMORRÁGICOS:



Nombre: _____

Fecha: _____

NOTAS