



Informe de progreso

A ser completado por un miembro del equipo médico de FQ. Se debe entregar una fotocopia a la persona con FQ y sus padres/persona de apoyo. Esta copia debe permanecer en la historia clínica del paciente.

Nota para el equipo médico: Remitirse a CF R.I.S.E. Guía del programa para instrucciones sobre la puntuación.

Nombre: _____

| METAS DE TRANSICIÓN (Observe que las metas de transición deben ser específicas y responder a las preguntas: quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cómo). <i>Ejemplo: Cuento y envase las enzimas pancreáticas la noche anterior para que no se olvide por la mañana y salga sin sus enzimas.</i> | Hemos revisado el presente formulario y acordamos cumplir con las metas detalladas a continuación. | | |
|--|--|------------------------------|--------------------------|
| | FECHA | PERSONA CON FQ HCP INICIALES | COMPLETO ✓ |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> |

| MÓDULOS DE CONOCIMIENTO DE FIBROSIS QUÍSTICA | FECHA | PUNTAJE | FECHA | PUNTAJE |
|---|-------|---------|-------|---------|
| SALUD PULMONAR Y DESPEJE DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS | | | | |
| INSUFICIENCIA PANCREÁTICA Y NUTRICIÓN | | | | |
| FQ Y SU CUERPO | | | | |
| SALUD GENERAL DE LA FQ | | | | |
| DETECCIÓN Y PREVENCIÓN | | | | |
| EQUIPOS DE FQ Y CONTROL DE LA INFECCIÓN | | | | |
| FQ Y ESCUELA | | | | |
| BIENESTAR EMOCIONAL | | | | |
| ESTILO DE VIDA | | | | |
| FQ Y CRECIMIENTO | | | | |
| LISTA DE VERIFICACIÓN DE RESPONSABILIDADES DE LA FIBROSIS QUÍSTICA | FECHA | PUNTAJE | FECHA | PUNTAJE |
| TRABAJAR CON EL EQUIPO MÉDICO DE FQ | | | | |
| RESPONSABILIDAD DE LOS TRATAMIENTOS DE FQ | | | | |
| VIVIR CON FIBROSIS QUÍSTICA | | | | |
| FQ Y ESCUELA | | | | |