

ANEXO 1: CUESTIONARIO

1. INFORMACIÓN.

- a) ¿ Recibe alguna información usted o su familia acerca de los cuidados de la férula?.
- b) ¿ Quién le dio la información?.
- c) ¿ Recuerda todas las recomendaciones?.
- d) ¿ Sigue usted con la férula?. ¿ Es la misma inmovilización del servicio de urgencias?.

2. CIRCULACIÓN.

- a) ¿ Ha notado cambios de temperatura, color, inflamación?.
- b) ¿ Le han mandado profilaxis, con heparina?. ¿ La ha realizado según pauta?

3. SEGURIDAD.

- a) ¿ Uso instrumentos de descarga ?(en caso de inmovilización miembros inferiores).
- b) ¿ Ha realizado alguna tarea o trabajo con el miembro superior inmovilizado?.
- c) ¿ Tuvo que volver a un servicio de urgencias?. ¿ Por qué? (por rotura, por férula mojada, por que se le aflojo, por lesiones, otras ...).

4. HIGIENE.

- a) Se pudo asear solo o necesito ayuda?.
- b) ¿ Se ha cubierto la férula durante el aseo?.
- c) ¿ Se le ha mojado la férula?.

5. COMODIDAD.

Tuvo dolor e inflamación. Utilizó

- a) hielo,
- b) analgésicos, antiinflamatorios, según prescripción o a demanda.

6. CUIDADOS DE LA PIEL.

- a) Ha utilizado algún objeto punzante (aguja, tijeras, etc.) y/ o cremas para aliviar el dolor/picor?.
- b) ¿ Se lesionó la pie?.

7. LIMITACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.(apoyo psicológico).

- A) ¿ Le ha afectado para la realización de alguna actividad de la vida diaria?.
- b) ¿ Le ha generado ansiedad, agobio, etc?.
- c) ¿ Le ha llevado a quitarse la férula o escayola?.