

+ ALLEVYN[®] LIFE

Apósito de espuma

Formulario evaluación

Profesional sanitario

1. Identifique el motivo para elegir el apósito ALLEVYN LIFE para manejar la herida de su paciente? (Marque todas las que correspondan)

El paciente desea:

- Volver a su trabajo
- Continuar con las actividades de la vida diaria
- Continuar con las actividades de la vida diaria que le permitan volver al trabajo
- Compartir tiempo con familiares y amigos (socializar fuera de casa)
- Disfrutar de sus pasatiempos (participar en actividad física)
- Otros: (Por favor especifique)

2. Qué apósito de espuma usaba previamente?

3. Especifique el nivel de exudado experimentado por el paciente, previo a la aplicación de ALLEVYN LIFE: (Por favor marque uno)

- Ninguno
- Escaso
- Moderado
- Abundante

4. Antes de usar ALLEVYN LIFE, en promedio, Cuántos cambios de apósito primario tuvo el paciente por semana? (Por favor marque)

1 2 3 4 5 6 7+

5. Después de la aplicación de ALLEVYN® LIFE, consiguió el paciente un día más sin cambiar el apósito?

Sí No

Si es sí, Cuántos cambios de apósito realizan por semana con ALLEVYN LIFE?
(Por favor marque)

1 2 3 4 5 6 7+

6. El uso de ALLEVYN LIFE disminuyó la cantidad de tiempo que el paciente pasa recibiendo tratamiento para su herida?

Sí No

7. Cuál fue la razón por la que el paciente pudo obtener un día más con ALLEVYN LIFE?
(Califique las 3 razones principales—1 para la razón principal, seguido de 2 y 3)

- El apósito se veía limpio (capa enmascaradora)
- Indicador de cambio (75% borde lleno)
- Efecto acolchado (estructura 5 capas)
- Capacidad del apósito de bloquear y manejar exudado
- Control del olor
- Permanece en el sitio de aplicación sin caerse

8. El paciente alcanzó los objetivos establecidos en la pregunta 1?

Sí No

9. Recomendaría ALLEVYN LIFE a más pacientes ?

Sí No

10. Recomendaría ALLEVYN LIFE a sus compañeros de trabajo?

Sí No

Comentarios adicionales:

Gracias por su tiempo!