



Medidas para la comodidad

¿Cómo describiría las experiencias de **usted/su niño** con pinchazos de aguja/procedimientos anteriormente? ningún problema llora

se preocupa muy temeroso no ha tenido experiencia

Comentarios: _____

Información: A su niño le gustaría lo siguiente

(*marque todas las que correspondan*):

instrucciones paso a paso una voz durante el procedimiento

cerrar la cortina/privacidad tranquilidad/menos información

Personas: ¿Quién querría el niño que estuviera presente para el

procedimiento? (*Marque todas las que correspondan*):

cuidador personal especialista en vida infantil (*si está disponible*)

Posición: El niño prefiere estar: acostado sentado en brazos

Observar: El niño prefiere: mirar apartar la mirada

Distracción: A su niño le gustaría (*marque todas las que correspondan*):

contar "1, 2, 3" en voz alta, y recibir el pinchazo burbujas libro

juguetes otras ideas para entretenerlo (*especificar*): _____

Medidas de comodidad: ¿Su niño utiliza alguna de las siguientes medidas para la comodidad? (*Marque todas las que correspondan.*)

Para bebés:

envolverlo o tenerlo piel con piel

chupete

sucrosa

Niños de todas las edades:

imaginación visual (*p. ej., mi lugar favorito*)

respiración profunda

mi propio artículo de consuelo (*peluche, libro, música*)

Fecha: _____

Nombre del niño

Fecha de nacimiento: _____

¿Desea incluir alguna otra medida?

(*según sea posible para el procedimiento*)

Buzzy®

Opciones anestésicas: _____

Cualquier otra información que desee compartir con nosotros sobre su niño que pueda ser útil:

Nombre en letra de molde de la persona que rellena este formulario

Relación o parentesco con el niño

Supported by