



ANEXO I SOLICITUD DE VALORACIÓN

(A rellenar por el medico especialista, tachando solo las casillas que procedan)

1.- DATOS IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | |
|--------------------|-----------------------|---------------------|
| Nombre:..... | Apellidos:..... | Sexo:..... |
| Dirección: | Municipio:..... | |
| Provincia:..... | C.Postal:..... | Aseguramiento:..... |
| Nacionalidad:..... | País de origen: | Teléfono 1:..... |
| TSI:..... | Fec. Nac.:..... | Teléfono 2:..... |
| NIF:..... | Pasaporte:..... | |

2.- DATOS IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| Persona autorizada: | Centro Solicitante: |
| Facultativo:..... | Servicio: |
| Provincia:..... | Interfono:..... |
| Observaciones:..... | |

3.- DATOS IDENTIFICACIÓN DEL PROCESO

| | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Fecha de Ingreso: ___/___/___ | |
| INGRESADO: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Fecha probable de alta/ Fecha de Alta: ___/___/___ |

4.- ENFERMEDAD ACTUAL

Motivo de la valoración:.....

Fecha de inicio de la patología motivo de valoración: ___/___/___

4.1.- Informes Clínicos del Hospital

Se debe aportar, como requisito indispensable, al menos uno de estos informes:

UCI M.Interna Neurología Neurocirugía Rehabilitación Enfermería Otros

4.2.- Informes de Neuro-imagen:

TAC inicio TAC control (Fecha: ___/___/___)

RMN (Fecha: ___/___/___)

Otros (Fecha: ___/___/___)

4.3- Tiempo de ingreso en UCI:..... días.

4.4- Tiempo de ingreso en planta: días

4.10- Incluido en programa de Rehabilitación

Fecha de Inicio: ____/____/____ Fecha de fin: ____/____/____.

Fisioterapia Terapia ocupacional Logopedia Neuropsicología Otros

5. Resultados de la valoración clínica actual:

5.1.- Focalidad neurológica:

Índice de NIH inicial:.....

actual:.....(se adjunta)

Índice de Glasgow en TCE: inicial:.....

actual:..... (se adjunta)

5.2.- Colaboración a la exploración:

Buena Dificultad Mala No colabora

Hora en la que el paciente está mas alerta:.....

5.3.- Comunicación:

Expresión Verbal: Conservada

Alterada: Leve Moderada Severa

Comprensión: Conservada

Alterada: Leve Moderada Severa

5.4.- Locomoción: Marcha independiente Marcha con ayuda Silla de ruedas

Desplazamientos mínimos Cama-sillón Encamado

5.5.- Ortesis: SI NO (especificar):.....

.....

5.6.- Alimentación:

Oral: SI NO

Disfagia: SI NO

SNG: SI NO Fecha de retirada:.....

Gastrostomía: SI NO Fecha de retirada:.....

5.7.- Control de esfínteres:

Continente

Incontinente

Pañal 24 h. Pañal nocturno Sondaje intermitente Reeducción rectal

Sonda vesical Colector Reeducción vesical Estudio Urodinámico

5.8.- Déficit cognitivo con repercusión funcional Memoria Atención

Lentitud de pensamiento Anmesia postraumática duración APT:.....

5.9.- Capaz de tolerar rehabilitación diaria SI NO

5.10.- Capaz de participar activamente en el proceso rehabilitador: SI NO N/S

5.11.- Capaz de mantener atención/concentración durante varios periodos de 30' a lo largo del día: SI NO N/S

5.12.- Cuidados de enfermería:

Cada 2h Cada 4h Cada 6h Cada 8h Cada 24h

Se solicita la valoración del paciente para indicar o no su inclusión en un programa de Rehabilitación Intensiva Interdisciplinaria en el IEN

En.....,a.....de.....de

Firma:

Médico Remitente:.....
Especialidad:.....
Centro Remitente:.....
Teléfono/Interfono de contacto:

ESCALA DE ICTUS DEL NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH (Fecha: _____)

| | | | |
|---------------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| NIVEL DE CONCIENCIA | | PIERNA IZQUIERDA | |
| Alerta | 0 | No claudica (BM 5) | 0 |
| Somnoliento | 1 | Claudica (BM4) | 1 |
| Estuporoso | 2 | Algún esfuerzo contra gravedad (BM3) | 2 |
| Coma | 3 | Sin esfuerzo contra gravedad (BM 2-1) | 3 |
| PREGUNTAS LOC | | Ningún movimiento | 4 |
| Responde ambas correctamente | | PIERNA DERECHA | |
| Responde una correctamente | 1 | No claudica (BM 5) | 0 |
| Incorrecto | 2 | Claudica (BM4) | 1 |
| ÓRDENES LOC | | Algún esfuerzo contra gravedad (BM3) | 2 |
| Realiza ambas correctamente | 0 | Sin esfuerzo contra gravedad (BM 2-1) | 3 |
| Realiza una correctamente | 1 | Ningún movimiento | 4 |
| Incorrecto | 2 | ATAXIA DE MIEMBROS | |
| MIRADA | | Ausente | 0 |
| Normal | 0 | Presente en una extremidad | 1 |
| Parálisis parcial de la mirada | 1 | Presente en dos extremidades | 2 |
| Desviación óculocefálica | 2 | Si está presente se localiza en: Brazo derecho (1:sí; 0:no) Brazo izquierdo (1:sí; 0:no) Pierna derecha (1:sí; 0:no) Pierna izquierda (1:sí; 0:no) | 3 |
| CAMPOS VISUALES | | SENSIBILIDAD | |
| Sin defectos campimétricos | 0 | Normal | 0 |
| Cuadrapnosia | 1 | Hipoestesia ligera a moderada | 1 |
| Hemianopsia homónima | 2 | Hipoestesia severa o anestesia | 2 |
| Hemianopsia homónima bilateral | 3 | LENGUAJE | |
| Ceguera cortical | 4 | Normal, sin afasia | 0 |
| PARÁLISIS FACIAL | | Afasia ligera a moderada | 1 |
| Movimientos normales y simétricos | 0 | Afasia severa, Broca, Wernicke | 2 |
| Paresia ligera | 1 | Afasia Global o mutismo | 3 |
| Paresia parcial | 2 | DISARTRIA | |
| Paresia severa o parálisis total | 3 | Articulación normal | 0 |
| BRAZO IZQUIERDO | | Disartria leve a moderada | 1 |
| No claudica (BM 5) | 0 | Disartria severa, anartria | 2 |
| Claudica (BM4) | 1 | EXTINCIÓN | |
| Algún esfuerzo contra gravedad (BM3) | 2 | Normal | 0 |
| Sin esfuerzo contra gravedad (BM 2-1) | 3 | Parcial (sólo una modalidad afectada) | 1 |
| Ningún movimiento | 4 | Completa (más de una modalidad) | 2 |
| BRAZO DERECHO | | | |
| No claudica (BM 5) | 0 | | |
| Claudica (BM4) | 1 | | |
| Algún esfuerzo contra gravedad (BM3) | 2 | | |
| Sin esfuerzo contra gravedad (BM 2-1) | 3 | | |
| Ningún movimiento | 4 | | |

ESCALA de Coma de Glasgow (GCS)

| Apertura ocular | Verbal | Motor | Puntos |
|-------------------|----------------|---------------------------------|--------|
| - | - | Obedece ordenes verbales | 6 |
| - | orientado | Localiza estimulo doloroso | 5 |
| espontanea | confuso | Retirada ante estimulo doloroso | 4 |
| al pedirselo | inapropiadas | Respuesta en flexión | 3 |
| Estimulo doloroso | incomprensible | Respuesta en extensión | 2 |
| No responde | No responde | No responde | 1 |

Fecha de realización: _____

Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)

Fecha de realización: _____

Alimentación

10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.

5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.

0 Dependiente: necesita ser alimentado.

Lavado (baño)

5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.

0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Vestido

10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.

5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Aseo

5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.

0 Dependiente: necesita alguna ayuda.

Deposición

10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.

5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.

0 Incontinente.

Micción

10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es

necesario, es capaz de cambiar la bolsa.

5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.

0 Incontinente.

Retrete

10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.

5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.

0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

Traslado sillón-cama

15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.

10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).

5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.

0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación

15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.

10 Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.

5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.

0 Dependiente: requiere ayuda mayor.

Escalones

10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.

5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.

0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.