



## 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

**4.5- Tratamiento Neuroquirúrgico**  Especificar

.....  
.....

**4.6- Traqueotomía:**

Cerrada  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Persiste  (Motivo): Estenosis ....Otros:  
Programado cierre  Requiere valoración

**4.7- Problemas Traumatológicos:**

Fracturas:  
.....  
.....

Material de osteosíntesis o implantes metálicos:  
.....

Otros:  
.....

Informe Traumatología

Aportar datos evolución

Aportar RX: Inicio  Control  (Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

**4.8- Medicamento estable:**

Hemodinámicamente SI  NO

Neurológicamente SI  NO

Buena evolución  Pendiente de alta

**4.9- Tratamiento actual:**

FARMACO	VIA ADM	POSOLOGIA

#### 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  Annesia 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: \_\_\_\_\_)**

<b>NIVEL DE CONCIENCIA</b>		<b>PIERNA IZQUIERDA</b>	
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
<b>PREGUNTAS LOC</b>		Ningún movimiento	4
<b>Responde ambas correctamente</b>		<b>PIERNA DERECHA</b>	
Responde una correctamente	1	No claudica (BM 5)	0
Incorrecto	2	Claudica (BM4)	1
<b>ÓRDENES LOC</b>		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	<b>ATAXIA DE MIEMBROS</b>	
<b>MIRADA</b>		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
<b>CAMPOS VISUALES</b>		<b>SENSIBILIDAD</b>	
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	<b>LENGUAJE</b>	
Ceguera cortical	4	Normal, sin afasia	0
<b>PARÁLISIS FACIAL</b>		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	<b>DISARTRIA</b>	
Paresia severa o parálisis total	3	Articulación normal	0
<b>BRAZO IZQUIERDO</b>		Disartria leve a moderada	1
No claudica (BM 5)	0	Disartria severa, anartria	2
Claudica (BM4)	1	<b>EXTINCIÓN</b>	
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
<b>BRAZO DERECHO</b>			
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 bragueros 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.