

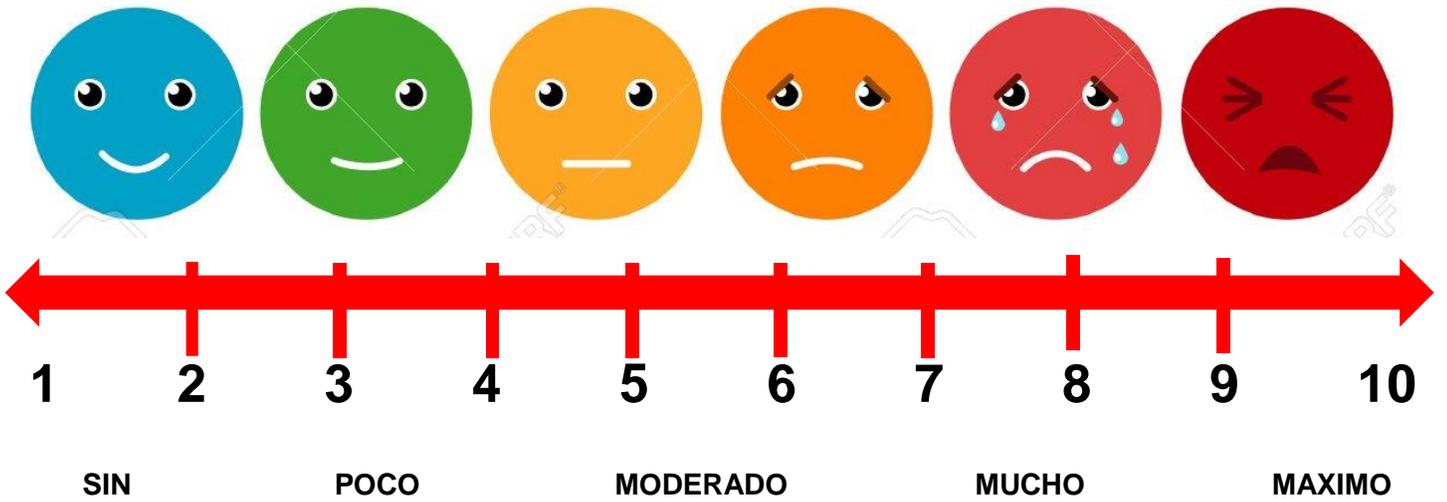
ESCALA TIPO EVA, NUMERICA Y CATEGORICA DE SINTOMAS

NOMBRE: _____

PATOLOGIA: _____

ESCALA PARA VALORAR: _____

FECHA: _____ HORA: _____



NADA (0)

POCO (4)

BASTANTE (6)

MUCHO (10)

PUNTUACION: _____ INDICACION: _____

HECHA POR: _____

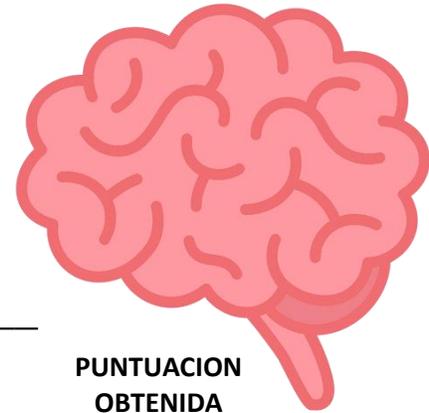
ESCALA DE EDMONTON (Edmonton Symptom Assessment System o ESAS)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

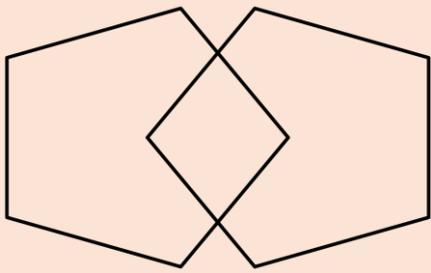
FECHA: _____ HORA: _____

Nada de dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor que se pueda imaginar
Nada agotado (cansancio, debilidad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más agotado que se pueda imaginar
Nada somnoliento (adormilado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más somnoliento que se pueda imaginar
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas que se pueda imaginar
Ninguna pérdida de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor apetito que se pueda imaginar
Ninguna dificultad para respirar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
Nada desanimado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más desanimado que se pueda imaginar
Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo más nervioso que se pueda imaginar
Duermo perfectamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
Sentirse perfectamente (sensación de bienestar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sentirse lo peor que se pueda imaginar
Nada _____ Otro problema (por ej; sequedad de boca)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lo peor posible

MINI MENTALTEST DE FOLSTEIN



NOMBRE: _____

	¿QUE BUSCAMOS?	MAXIMA PUNTUACION	PUNTUACION OBTENIDA
ORIENTACION	1 PUNTO C/BUENA DIA, FECHA, MES, AÑO, LUGAR	5	
	1 PUNTO C/BUENA ESTACION, CIUDAD, REGION (ESTADO), PAIS	5	
FIJACION	1 PUNTO C/BUENA NOMBRAR TRES OBJETOS Y QUE EL PACIENTE LOS REPITA (EJ: ROPA, AUTO, CELULAR)	3	
ATENCION	1 PUNTO C/BUENA RESTA 100 -7-7-7-7-7	5	
MEMORIA	1 PUNTO C/BUENA REPETIR LAS PALABRAS QUE ANTES MENCIONAMOS (ROPA, AUTO, CELULAR)	3	
LENGUAJE	1 PUNTO C/BUENA NOMBRAS DOS OBJETOS SEÑALADOS (EJ, LAPIZ, MESA)	2	
	1 PUNTO REPETIR UNA FRASE QUE MENCIONAMOS	1	
	3 PUNTOS REALIZAR CORRECTAMENTE TRES ORDENES	3	
	1 PUNTO LEER Y EJECUTAR UNA FRASE (EJ: CIERRA LOS OJOS)	1	
	1 PUNTO ESCRIBIR UNA FRASE CON SUJETO Y PREDICADO	1	
	1 PUNTO COPIAR ESTE DIBUJO	1	
			
	TOTAL DE PUNTOS	30	

ESCALA DE CONFUSION (DRS Delirium Rating Scale)

NOMBRE: _____

DESORIENTACION:

Manifestación verbal o de la conducta que demuestran que el paciente no está orientado en tiempo y/ o espacio que no reconoce

CONDUCTA INAPROPIADA:

Para consigo mismo o con el medio (arrancar cosas, sueño, desvestirse, levantarse)

COMUNICACIÓN INAPROPIADA:

Sin posibilidad de comunicarse o un lenguaje no comprensible o ilógico

ALUCINACION:

Percepción sensorial, sin estímulo externo del órgano sensorial correspondiente

ILUSION:

Percepción defectuosa de un estímulo externo real

¿Que buscamos?	Mañana	Tarde	Noche
Desorientación			
Conducta Inapropiada			
Comunicación Inapropiada			
Ilusiones Alucinaciones			

Calificación

0= No presente

1=Presente Leve

2= Presente Acentuado

sin evaluación ¿Por qué?

A=Durmió Tranquilo

B= Sedado Farmacológicamente

C= Estupor o Coma

D= Otra ¿Cuál? _____

METODO DIAGNOSTICO DE CONFUSION (CAM confusion assessment method)

Nombre: _____

¿ESTA O NO PRESENTE?

1. COMIENZO URGIDO Y CURSO FLUCTUANTE

¿EXISTE RELACION DE ALGUN CAMBIO EN EL ESTADO MENTAL CON RESPECTO AL BASAL?

¿LA CONDUCTA ANORMAL FLUTUA DURANTE EL DIA?

2. DESATENCION

¿DIFICULTAD EN ENFOCAR LA ATENCION: DISTRAIDO, PERDIO EL HILO DE LO QUE ESTABA HACIENDO?

3. PENSAMIENTO DESORGANIZADO

¿PENSAMIENTOS INCOHERENTES, CONVERSACION IRRELEVANTE, IDEAS POCO CLARAS, CAMBIOS DE TEMA?

4. ALTERACION DE LA CONCIENCIA Y ESTADO DE ALERTA

VIGILANTE: HIPERALERTA MUY SENSIBLE A ESTIMULOS AMBIENTALES

SOMNOLIENTO; FACILMENTE DESPERTABLE

ESTUPOROSO: DIFICIL DESPERTAR

COMA: IMPOSIBLE DESPERTAR

DELIRIUM

CARACTERISTICAS 1 Y 2

CARACTERISTICAS 3 O 4

(CAGE) Screening diseñado para el abuso o dependencia de

NOMBRE;

1. ¿SINTO ALGUNA VEZ QUE DEBIA DEJAR DE CONSUMIR_____?

SI

NO

2.¿SE HA MOLESTADO CON LAS PERSONAS QUE CRITICAN SU MANER DE CONSUMIR_____?

SI

NO

3. ¿SE AH SENTIDO CULPABLE POR SU MANERA DE CONSUMIR_____?

SI

NO

4. ¿AH TENIDO QUE CONSUMIR ALGUNA VEZ _____ COMO PRIMERA COSA POR LAS MAÑANAS?

SI

NO

HOMBRE: 2 O MAS POSTIVOS= MAL RPONOSTICO
MUJERES: 1 O MAS POSITIVO= MAL PRONOSTIC