

CUADRO EVOLUTIVO

Fechas	Motricidad	Sensibilidad	Espasticidad	Deglución	Lenguaje	Alteración del Comportamiento	Depresión	Úlcera por presión	Dolor
DÍA MES AÑO									
DÍA MES AÑO									
DÍA MES AÑO									
DÍA MES AÑO									
DÍA MES AÑO									
DÍA MES AÑO									

0: No Corresponde / 1: Peor / 2: Igual a control previo / 3: Mejor

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

	Fechas de controles				
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
	MES	MES	MES	MES	MES
1. ¿Qué fecha es hoy (día, mes y año)?	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA
2. ¿Qué día de la semana es hoy?					
3. ¿Cómo se llama este lugar?					
4. ¿Cuál es su número de teléfono?					
5. ¿Cuántos años tiene?					
6. ¿Cuándo nació Ud.?					
7. ¿Quién es el actual presidente del país?					
8. ¿Quién fue el presidente anterior?					
9. ¿Cuál es el primer apellido de su madre?					
10. Empezando en 20, vaya restando de tres en tres					
TOTAL					

ÍNDICE DE BARTHEL

	Fechas de controles				
	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO	AÑO
	MES	MES	MES	MES	MES
1. Alimentación	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA	DÍA
2. Baño					
3. Vestido					
4. Aseo personal					
5. Uso inodoro					
6. Tránsito digestivo					
7. Tránsito urinario					
8. Deambulaci3n					
9. Escaleras					
10. Transferencias					
TOTAL					



Ministerio
de Salud
Pública

Dirección General
de la Salud

Programa de
Salud Cerebral

Programa de
**Discapacidad
y Rehabilitaci3n**

Ataque Cerebro Vascular

Esta Cartilla est1 dirigida al paciente,
su familia, cuidadores y equipo de salud

Tiene como objetivos:

- Documentar la atenci3n en salud del paciente con ACV.
- Servir de nexo entre la consulta inicial y el proceso de rehabilitaci3n.

Los datos completos de la presente CARTILLA de ACV permiten caracterizar r1pidamente el cuadro cl1nico del paciente, resaltando los puntos cr1ticos desde el estado basal y su evoluci3n.

Fecha de primera evaluación

DIA

MES

AÑO

Evaluador

Nombre y Apellido

Especialidad

Firma

FICHA PATRONÍMICA

Nombre:

Ci: Sex: Edad:

Domicilio/Localidad:

Teléfono/Celular:

Ocupación:

Nivel de estudio completo:

Dominancia: Diestro Zurdo

Antecedentes Personales/Hábitos:

Antecedentes Funcionales (ABVD y Marcha) (Instrumentales):

Continencia Familiar: Vive solo? Si No

Nombre y apellido de referente familiar:

Cel. / Tel.

Prestador de salud:

Servicio de Salud de Referencia zonal:

ATAQUE CEREBRO VASCULAR (ACV)

Fecha inicio de síntomas:

DIA

MES

AÑO

Lugar de internación (institución):

Cuidados Moderados Cuidados Intermedios CTI

Unidad de ACV

Presentación Clínica:

Hemorrágico Isquémico Territorio vasc.

Alteración de conciencia Alteraciones Cognitivas

Procedimientos Requeridos:

Intubación Traqueotomía SNG SV Gastrostomía

Tratamientos Agudos:

Fibrinolíticos Neurocirugía Trombectomía mecánica

Evolución hospitalaria y complicaciones

Transformación hemorrágica Infecciones respiratorias

Infecciones urinarias Úlcera por presión

Subluxación de hombro Dolor (EVA) TVP

Deformidades OA Convulsiones Depresión Otras

Tránsitos

Tránsito Intestinal Continencia Si No Uso de pañal Si No

Otros (especifique)

Tránsito urinario Continencia Si No Uso de pañal Si No

Otros (especifique)

EXAMEN FÍSICO:

Estado general Bueno Regular Malo

Normal Patológico (especifique):

Orientación
Témporo Espacial

Visión

Audición

Lenguaje

Deglución

Motricidad

Flacidez

Espasticidad

Sensibilidad

Equilibrio de tronco (sentado)

Ausente Presente estático Presente dinámico No se puede valorar

Equilibrio de pie

Ausente Presente estático Presente dinámico No se puede valorar

Marcha

Normal Independiente Dependiente No se puede valorar

REHABILITACIÓN:

No

Si

1a. Evaluación Médico Rehabilitador

DIA

MES

AÑO

Fisioterapia

Fecha de inicio

DIA

MES

AÑO

Fonoaudiología

Fecha de inicio

DIA

MES

AÑO

Rhb. Neurocognitiva

Fecha de inicio

DIA

MES

AÑO

Terapia Ocupacional

Fecha de inicio

DIA

MES

AÑO

Ortesis M. Superior M. Inferior

Ayudas técnicas Especifique:

Adaptaciones en hogar Especifique:

ESCALA RANKIN MODIFICADO					
Descripción	Fecha				
	Inic	Alta H	1 m	3 m	6 m
Puede realizar tareas y actividades habituales sin limitaciones					
No puede realizar actividades habituales. Pero es capaz de velar por sus asuntos sin ayuda					
Tiene restricción para realizar significativamente sus actividades. Requiere ayuda para sus necesidades personales					
Requiere ayuda para realizar la mayoría de sus actividades personales.					
Totalmente dependiente para la realización de sus actividades. Necesita asistencia día y noche					
Muerte					