

**Data:**

15/11/2005

**Grupo clínico de asesores asistente:**

M<sup>a</sup> Carmen Lema Devesa  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Dolores Dapena Bolaño  
C.H. Universitario de Santiago.

Mercedes Macías Arribí  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Guillermo Ozaita Arteché  
C.H. de Ourense.

José Ramón Rodríguez Álvarez  
C.H. de Pontevedra.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús Conde Freire  
C.H. Xeral-Calde.

Román García de la Infanta  
C.H. de Ourense.

José Falagán Mota  
C.H. de Pontevedra.

**Documentos elaborados:****Anamnese e exploración física.**

Alergolóxía

Anestesiolóxía e Reanimación

Anxiolóxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

**Neuroloxía**

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatria

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía

**SER GAS** **Hospital**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: NEUROLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAS  
 [Enfermidades] [intervencións] [Trasfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]  
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

1/3

**SER GAS** **Hospital**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ESCALAS**

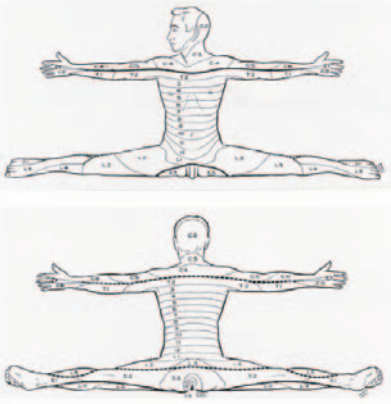
Índice de Barthel  Escala de coma de Glasgow   
 Escala de Hamilton  Escala neurolóxica canadense   
 MMSE de Folstein  NIHSS  EDSS-DF  UPDRS   
Mini-Mental State Examination National Institutes of Health Stroke Scale Expanded Disability Status Scale-11/13/14 Unified Parkinson's Disease Rating Scale

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
 Asda, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SER GAS** **Hospital**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:





XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

2/3

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p><b>Servizos de Neuroloxía dos hospitais.</b></p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p><b>Hospitalización.</b></p> <p><b>Consultas externas.</b></p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: <b>Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.</b></p> <p> Consulta: <b>Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</b></p> <p><b>MOTIVO DE ASISTENCIA</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ANTECEDENTES PERSOAIS</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ALERXIAS</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ENFERMIDADE ACTUAL</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ANAMNESE POR APARELLOS</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>EXPLORACIÓN FÍSICA</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>XUÍZO CLÍNICO</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>	<p><b>PLAN DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>PLAN TERAPÉUTICO</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ESCALAS</b></p> <p><b>Índice de Barthel</b></p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>Escala de coma de Glasgow</b></p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>Escala de Hamilton</b></p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>Escala neurolóxica canadense</b></p> <p>Numérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>MMSE de Folstein</b></p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>NIHSS</b></p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p><b>EDSS-SF</b></p> <p>Numérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>UPDRS</b></p> <p>Numérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paciente:
Data Nac.:
Sexo:

NHC:
CIP:
Rólume:
RSS:

Enderezo:
Teléfono:

### ÍNDICE DE BARTHEL

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

**COMER** Duración

*Independente:* Capaz de utilizar calquera instrumento necesario, capaz de esmazar a comida, estender a manteiga, usar condimentos, etc., por si só. Come nun tempo razoable. A comida pode ser cocida e servida por outra persoa. 10

*Necesita axuda:* para cortar a carne ou o pan, estender a manteiga, etc, pero é capaz de comer só. 5

*Dependente:* Necesita ser alimentado por outra persoa. 0

**LAVARSE (BANARSE)**

*Independente:* Capaz de lavarse enteiro; pode ser usando a ducha, a bañeira ou permanecendo de pé e aplicando a esponxa sobre todo o corpo, mesmo entrar e saír do baño. Pode realizado todo sen estar unha persoa presente. 5

*Dependente:* Necesita algunha axuda ou supervisión. 0

**VESTIRSE**

*Independente:* Capaz de poñer e quitar toda a roupa, atar os zapatos, abrochar os botóns e colocar os complementos que precisa (ex., braguetas, corsé, etc.) sen axuda. 10

*Necesita axuda:* pero realiza só polo menos a metade das tarefas nun tempo razoable. 5

*Dependente:* 0

**ARXANARSE**

*Independente:* Realiza todas as actividades persoais sen ningunha axuda. Inclúe lavar a cara e as mans, pelearse, maquillarse, afeitarse e lavar os dentes. Os complementos necesarios para iso poden ser provistos por outra persoa. 5

*Dependente:* Necesita algunha axuda. 0

1/3

Paciente:
Data Nac.:
Sexo:

NHC:
CIP:
Rólume:
RSS:

Enderezo:
Teléfono:

**DEAMBULACIÓN**

*Independente:* Pode camiñar polo menos 50 metros, ou o seu equivalente na casa sen axuda ou supervisión. A velocidade non é importante. Pode usar calquera axuda (bastóns, muletas, etc.) excepto andador. Se utiliza prótese, é capaz de poñela e quitala só. 15

*Necesita axuda, supervisión ou pequena axuda física (persoa non moi forte) para andar 50 m.* Inclúe instrumentos ou axudas para permanecer de pé (andador) 10

*Independente en cadeira de rodas:* En 50 m. Debe ser capaz de desprazarse, atravesar portas e dobrar esquinas só. 5

*Dependente:* Inclúe ser rodado por outros se utiliza cadeira de rodas. 0

**SUBIR E BAXAR ESCALEIRAS**

*Independente:* Capaz de subir e baixar un piso sen axuda nin supervisión. Pode utilizar o apoio que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) e o pasamóns. 10

*Necesita axuda, supervisión física ou verbal.* 5

*Dependente:* Incapaz de salvar chanzos. Necesita elevador (ascensor). 0

**TOTAL** 0

Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Asdo. Dr./A. Nome e apelidos do facultativo

3/3

Paciente:
Data Nac.:
Sexo:

NHC:
CIP:
Rólume:
RSS:

Enderezo:
Teléfono:

**DEPOSICIÓN**

*Continente:* Ningún episodio de incontinencia. Se necesita enema ou supositorios é capaz de administralos por si só. 10

*Accidente ocasional:* Menos dunha vez por semana ou necesita axuda para enemas ou supositorios. 5

*Incontinente:* Inclúe administración de enemas ou supositorios para outro. 0

**MICCIÓN (valorar a semana previa)**

*Continente:* Ningún episodio de incontinencia (seno día e noite). Capaz de usar calquera dispositivo. En pacientes sondados inclúe poder cambiar a bolsa por si só. 10

*Accidente ocasional:* Máximo un en 24 horas. Inclúe necesitar axuda na manipulación de sondas ou dispositivos. 5

*Incontinente:* Inclúe pacientes con sonda incapaces de manexarse. 0

**IR AO RETRETE**

*Independente:* Entra e sae só. Capaz de quitar e poñer a roupa, limparse, previr o manchado da roupa e tirar da cadea. Capaz de sentarse e levantarse da taza sen axuda (pode utilizar barras para apoiarse). Se usa penico (orinal, botella, etc.), é capaz de utilizalo e baleiralo completamente sen axuda e sen mancharse. 10

*Necesita axuda:* Capaz de manexarse con pequena axuda de equilibrio, quitar e poñer a roupa ou usar o papel hixiénico. Aínda é capaz de utilizar o retrete. 5

*Dependente:* Incapaz de manexarse sen asistencia maior. 0

**TRAGLADARSE SOTÁCAMA**



*Independente:* Sen axuda en todas as fases. Se utiliza cadeira de rodas: aproxícase á cama, trea, despraza o apoiapés, pecha a cadeira, colócase en posición de sentado nun lado da cama, mílese e dállese e pode volver á cadeira sen axuda. 15

*Mínima axuda:* Inclúe supervisión verbal ou pequena axuda física tal como a ofrecida por unha persoa non moi forte ou sen adestramento. 10



*Grande axuda:* Capaz de estar sentado sen axuda, pero necesita moita asistencia (persoa forte ou adestrada) para saír entrar na cama ou desprazarse. 5

*Dependente:* Necesita guindastre ou ser levantado completamente por dúas persoas. Incapaz de permanecer sentado. 0

2/3

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p><b>Servizos de Neuroloxía dos hospitais.</b></p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p><b>Hospitalización.</b></p> <p><b>Consultas externas.</b></p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: <b>Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.</b></p> <p> Consulta: <b>Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</b></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</b></p> <p><b>COMER</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>LAVARSE (BAÑARSE)</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>VESTIRSE</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ARRANXARSE</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>DEPOSICIÓN</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>MICCIÓN</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p>	<p><b>IR AO RETRETE</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>TRASLADARSE SOFÁ/CAMA</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>DEAMBULACIÓN</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>SUBIR E BAIXAR ESCALEIRAS</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>TOTAL</b></p> <p>Numérico (0).</p> <p>Fórmula = SUMA (Puntuación).</p> <p>Obrigatorio.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NRIC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS)

SERVIZO: NEUROLOXÍA

APERTURA DE OLLOS	Valoración
Espontánea	4 <input type="checkbox"/>
Á orde	3 <input type="checkbox"/>
Á dor	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>
<b>RESPOSTA VERBAL</b>	
Orientado	5 <input type="checkbox"/>
Confuso	4 <input type="checkbox"/>
Palabras	3 <input type="checkbox"/>
Sons	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>
<b>RESPOSTA MOTORA</b>	
Á orde	6 <input type="checkbox"/>
Orientada á dor	5 <input type="checkbox"/>
Retirada á dor	4 <input type="checkbox"/>
Flexión anormal	3 <input type="checkbox"/>
Extensión anormal	2 <input type="checkbox"/>
Ausencia de resposta	1 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

1/1

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Neuroloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**APERTURA DE OLLOS**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**RESPOSTA VERBAL**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**RESPOSTA MOTORA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.



Obrigatorio.

**TOTAL**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Valoración).

Obrigatorio.

Paciente:

Data Nac.:

Sexo:

NHC:

CIP:

Réxime:

NSS:

Enderezo:

Teléfono:

**ESCALA DE HAMILTON PARA A VALORACIÓN DA DEPRESIÓN (HDRS)**

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

	Puntuación
Humor deprimido	0-4 <input type="checkbox"/>
Culpabilidade	0-4 <input type="checkbox"/>
Suicidio	0-4 <input type="checkbox"/>
Insomnio inicial	0-2 <input type="checkbox"/>
Insomnio á metade do sono	0-2 <input type="checkbox"/>
Insomnio tardío	0-2 <input type="checkbox"/>
Traballos e outras actividades	0-4 <input type="checkbox"/>
Atraso	0-4 <input type="checkbox"/>
Aviación	0-4 <input type="checkbox"/>
Ansiedade (síntomas psíquicos)	0-4 <input type="checkbox"/>
Ansiedade (síntomas somáticos)	0-4 <input type="checkbox"/>
Síntomas somáticos (digestivos)	0-2 <input type="checkbox"/>
Síntomas somáticos (xerax)	0-2 <input type="checkbox"/>
Síntomas xerxais	0-4 <input type="checkbox"/>
Hipocondriase	0-4 <input type="checkbox"/>
Perda de introspección	0-4 <input type="checkbox"/>
Perda de peso	0-4 <input type="checkbox"/>
Variacións dumas	0-4 <input type="checkbox"/>
Despersonalización	0-4 <input type="checkbox"/>
Síntomas paranoides	0-4 <input type="checkbox"/>
Síntomas obsesivos	0-4 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>	<input type="checkbox"/>

1/2




Paciente:

Data Nac.:

Sexo:

NHC:

CIP:

Réxime:

NSS:

Enderezo:

Teléfono:

**INTERPRETACIÓN**

Inferior a 0 puntos: ausencia de depresión.

Entre 0 e 14 puntos: depresión leve ou distimia.

Superior a 14 puntos: depresión moderada a intensa.

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>

Asido, Dr./a: Nome e apelidos do facultativo

2/2



ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Neuroloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**Preguntas**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**TOTAL**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

**INTERPRETACIÓN**

Texto.

Obrigatorio.




Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ESCALA NEUROLÓXICA CANADENSE

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

NIVEL DE CONSCIENCIA	Puntuación
Alerta	3 <input type="checkbox"/>
Somnolencia	1,5 <input type="checkbox"/>
<i>Se estupor ou coma, empregar GCS (Escala de coma de Glasgow)</i>	
<b>ORIENTACIÓN</b>	
Orientado	1 <input type="checkbox"/>
Desorientado ou non valorable	0 <input type="checkbox"/>
<b>LINGUAXE</b>	
Normal	1 <input type="checkbox"/>
Déficit de expresión (inclúe disartria grave)	0,5 <input type="checkbox"/>
Déficit de comprensión	0 <input type="checkbox"/>
<b>FUNCIÓN MOTORA</b>	
<i>Se non hai déficit de comprensión</i>	
<b>Faciana</b>	
Non debilidade facial	0,5 <input type="checkbox"/>
Debilidade facial	0 <input type="checkbox"/>
<b>Membro superior, proximal</b>	
Non debilidade	1,5 <input type="checkbox"/>
Paresia 3-4/5	1 <input type="checkbox"/>
Paresia 2/5	0,5 <input type="checkbox"/>
Forza a 0-1/5	0 <input type="checkbox"/>

1/2




Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

<b>Membro superior, distal</b>	
Forza normal	1,5 <input type="checkbox"/>
Paresia 3-4/5	1 <input type="checkbox"/>
Paresia 2/5	0,5 <input type="checkbox"/>
Forza a 0-1/5	0 <input type="checkbox"/>
<b>Membros inferiores</b>	
Forza normal	1,5 <input type="checkbox"/>
Paresia 3-4/5	1 <input type="checkbox"/>
Paresia 2/5	0,5 <input type="checkbox"/>
Forza a 0-1/5	0 <input type="checkbox"/>
<i>Se existe déficit de comprensión, valorar a resposta motora</i>	
<b>Faciana</b>	
Simétrica	0,5 <input type="checkbox"/>
Asimétrica	0 <input type="checkbox"/>
<b>Membros superiores</b>	
Iguais	1,5 <input type="checkbox"/>
Desiguais	0 <input type="checkbox"/>
<b>Membros inferiores</b>	
Iguais	1,5 <input type="checkbox"/>
Desiguais	0 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Neuroloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**NIVEL DE CONCIENCIA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**ORIENTACIÓN**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**LINGUAXE**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**FUNCIÓN MOTORA**

**Se non hai déficit de comprensión/Se existe déficit de comprensión, valorar a resposta motora:**

Excluínte.

**Se non hai déficit de comprensión**

**Faciana**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Membro superior, proximal**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Membro superior, distal**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Membros inferiores**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Se existe déficit de comprensión, valorar a resposta motora**

**Faciana**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Membros superiores**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Membros inferiores**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**TOTAL**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MMSE DE FOLSTEIN**

**Mini-Mental State Examination de Folstein (versión de Tolosa e cols. 1987)**

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

**ORIENTACIÓN** Puntuación

¿En que ano estamos? 1

¿En que estación estamos? 1

¿En que data estamos? 1

¿En que día estamos? 1

¿En que mes estamos? 1

¿Onde estamos? 1

¿Provincia? 1

¿Nación? 1

¿Cidade? 1

¿Hospital? 1

¿Planta? 1

**FIXACIÓN**

Nomee tres obxectos a intervalos dun segundo. 3

Despois pregúntelle ao paciente os tres.  
 Anote un punto por cada resposta correcta.  
 Repita os obxectos ata que o paciente aprenda os tres.

**ATENCIÓN E CÁLCULO**

Series de sete. Anote un punto por cada resposta correcta. 5

Para despois de cinco respostas.  
 Alternativa: deletree "mundo" ao revés.

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ORIENTACIÓN**

Pregunte a data. Despois faga preguntas específicas das partes unidas. Por exemplo, ¿pode dicirme, ademais, en que estación estamos? Pregunte alternativamente ¿pode dicirme o nome deste hospital, cidade, país? Déalle un punto a cada resposta correcta. 0-3

**FIXACIÓN**

Dígale ao paciente que vai examinar a súa memoria. Despois mencione tres obxectos relacionados, clara e lentamente deixando unha pausa despois de cada un. Logo pídalle ao paciente que os repita. A primeira repetición determina a puntuación (0-3), pero faga que siga dicíndollos ata que poida repetir os tres (ata seis intentos). Se non os pode aprender, a memoria non pode ser examinada de modo significativo. 0-3

**ATENCIÓN E CÁLCULO**

Pídalle ao paciente que, comezando por 100, conte cara atrás de sete en sete, pero despois de cinco subtraccións (90, 86, 79, 72, 65), anote o número total de respostas correctas. Se o paciente non pode realizar esta proba, pídalle que deletree a palabra "mundo" ao revés. A puntuación que debe asignar é o número de letras na orde correcta (por exemplo, sidnum, i, odium, 3). 0-5

**MEMORIA**

Pregúntelle ao paciente se pode acordarse de tres palabras que previamente lle pediu que recordara (puntuación: 0-3). 0-3

**LINGUAXE**

Denominación: móstralle ao paciente un reloxo de pulsera e pregúntelle que é. Repita o mesmo cun lapis (puntuación: 0-2). 0-2

Repetición: pídalle ao paciente que repita unha frase despois de vostede. Permita só un intento (puntuación: 0-1). 0-1

Fase de ordes: déalle ao paciente unha folia de papel en branco e repita a orde. Anote un punto por cada parte realizada de forma correcta. Con menos de 24 puntos (suxeito alfabetizado) débese suspellar demencia. 0-24

**TOTAL** 0-30

Localidade, <día> de <mes> de <ano>  
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MEMORIA**

Recorde dos tres obxectos aprendidos previamente. 3

Siñale cun lapis e un reloxo. Faga que o paciente os nomee cando vostede siñale. 2


Faga que o paciente repita: "Nin si, nin non, nin peros". 1

Faga que o paciente siga tres tipos de orde: "Colla o papel na súa man dereita, dóbreo pola metade, póllo no chan". 3

Faga que o paciente lea e obedeza ao seguinte: "Feches os ollos" (escrito en letra grande). 1



Faga que o paciente escriba unha frase da súa propia elección (a frase debe ter un suxeito e un obxecto para ter sentido) (faga caso omiso das regras de ortografía cando puntúe). 1

Amplíe o debuxo de abaixo ata 1-5 centímetros por lado e faga que o paciente o copie (anote un punto se todos os lados e os ángulos se mantíñen e se os lados que se cruzan forman un cuadrángulo). 1



**TOTAL** 0-30

2/3

<p><b>ÁMBITOS DE USO</b>  <b>Servizos de Neuroloxía dos hospitais.</b></p> <p><b>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</b>  <b>Hospitalización.</b>  <b>Consultas externas.</b></p>	<p><b>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</b></p> <p> Escritura: <b>Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.</b></p> <p> Consulta: <b>Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</b></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</b></p> <p><b>ORIENTACIÓN</b>                  Check numérico                  Non excluín-te.                  Obrigatorio.</p> <p><b>FIXACIÓN</b>                  Check numérico                  Non excluín-te.                  Obrigatorio.</p> <p><b>ATENCIÓN E CÁLCULO</b>                  Check numérico                  Non excluín-te.                  Obrigatorio.</p> <p><b>MEMORIA</b>                  Check numérico                  Non excluín-te.                  Obrigatorio.</p> <p><b>ORIENTACIÓN</b>                  Numérico (0).                  Obrigatorio.</p> <p><b>FIXACIÓN</b>                  Numérico (0).                  Obrigatorio.</p> <p><b>ATENCIÓN E CÁLCULO</b>                  Numérico (0).                  Obrigatorio.</p>	<p><b>MEMORIA</b>                  Numérico (0).                  Obrigatorio.</p> <p><b>LINGUAXE</b>                  Numérico (0).                  Obrigatorio.</p> <p><b>TOTAL</b>                  Numérico (0).                  Fórmula = SUMA (Puntuación).                  Obrigatorio.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

**NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS)**

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

**1a. NIVEL DE CONSCENCIA** Duración

Alerta 0

Non alerta, pero reacciona ante estímulos mínimos 1

Non alerta, precisa estimulación repetida para reaccionar 2

Coma 3

**1b. ORIENTACIÓN (PREGUNTAR MES E IDADE)**

Ambas as respostas correctas 0

Unha resposta correcta 1

Ambas as respostas incorrectas 2

**1c. LINGUAJE (PEDIR QUE PECHE E ABRA OS OLLOS E A MAN NON PARÉITICA)**

Ambos os movementos correctos 0

Un movemento correcto 1

Ambos os movementos incorrectos 2

**2. MOVIMENTO OCULAR**

Normal 0

Parálise parcial 1

Desviación forzada 2

**3. TEST DE CAMPO VISUAL**

Sen perda do campo visual 0

Hemianopsia parcial 1

Hemianopsia completa 2

Cegueira completa (incluso cegueira cortical) 3

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

**10. SENSIBILIDADE**

Normal 0

Perda sensibilidade leve ou moderada 1

Perda sensibilidade total 2

**11. LINGUAJE**

Normal, sen afasia 0

Afasia leve ou moderada (dificil comprensión ou expresión, pero identifícase o que quere dicir) 1

Afasia severa (só comunicación mínima) 2

Afasia global (mutismo) 3

**12. DISARTICIA**

Articulación normal 0

Disartria lixeira ou moderada (enténdese con dificultade) 1

Disartria severa (non se entende ou non pode falar) 2

Paciente intubado (non contabilizar) 9

**13. EXTINCIÓN OU NEGLIXENCIA**

Non hai alteracións 0

Extinción fronte a un estímulo (sensibilidade, auditiva, visual) 1

Extinción fronte a máis dun estímulo 2

**TOTAL** 0

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_

**4. PARÁLISE FACIAL**

Ausencia parálise facial 0

Parálise menor (asimetría no sorriso) 1

Parálise parcial (parálise total % inferior da cara) 2

Parálise completa (superior e inferior) 3

**5 e 6. MOTOR MEMBRO SUPERIOR DEREITO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

Non hai caída: mantense en posición durante 10 s 0

Caída progresiva durante 10 s sen caer de todo 1

Caer de todo, pero vese certo esforzo contra a gravidade 2

Caer totalmente sen esforzo contra gravidade 3

Non hai movemento 4

Amputación do membro ou non valorable (non contabilizar) 9

**7 e 8. MOTOR MEMBRO INFERIOR DEREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

Non caída: mantén a posición durante 5 s 0

Caída progresiva durante 5 s sen caer de todo 1

Caer de todo, pero vese certo esforzo contra a gravidade 2

Caer totalmente sen esforzo contra gravidade 3

Non hai movemento 4

Amputación ou non valorable (non contabilizar) 9

**9. ATAXIA DOS MEMBROS**



Non ataxia en proba dedo-nariz ou talón-xeonllo 0

Ataxia nun membro 1



Ataxia en ambos os membros 2

Amputación ou non valorable (non contabilizar) 9

2/3

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p><b>Servizos de Neuroloxía dos hospitais.</b></p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p><b>Hospitalización.</b></p> <p><b>Consultas externas.</b></p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: <b>Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.</b></p> <p> Consulta: <b>Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</b></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</b></p> <p><b>1A. NIVEL DE CONCIENCIA</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>1B. ORIENTACIÓN (PREGUNTAR MES E IDADE)</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>1C. LINGUAXE (PEDIR QUE PECHE E ABRA OS OLLOS E A MAN NON PARÉTICA)</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>2. MOVEMENTO OCULAR</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>3. TEST DE CAMPO VISUAL</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>4. PARÁLISE FACIAL</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p>	<p><b>5 E 6. MOTOR MEMBRO SUPERIOR DEREITO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>7 E 8. MOTOR MEMBRO INFERIOR DEREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>9. ATAXIA DOS MEMBROS</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>10. SENSIBILIDADE</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>11. LINGUAXE</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>12. DISARTRIA</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p>	<p><b>13. EXTINCIÓN OU NEGLIXENCIA</b></p> <p>Check numérico múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>TOTAL</b></p> <p>Numérico (0).</p> <p>Fórmula = SUMA (Puntuación).</p> <p>Obrigatorio.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 		
Paciente:	Data Nac.:	Sexo:
NHC:	CIP:	RXime:
Enderezo:	Telefone:	NSS:



**EXPANDED DISABILITY STATUS SCALE-SHORT FORM (EDSS) DE KURTZKE**

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

**A EDSS mide a capacidade dos pacientes con esclerose múltipla (EM) baseándose no grao de afectación neurolóxica. A EDSS valora a relación entre a puntuación obtida da exploración dos sistemas funcionais concretos (SF) e a capacidade de deambulación. A puntuación máis alta reflicte o grao máis grao de enfermidade.**

	Puntuación
Exploración neurolóxica normal (grao 0 en todos os sistemas funcionais (SF); acéptase a función cerebral de grao 1)	0 <input type="checkbox"/>
Sen discapacidade, signos mínimos nun SF (é dicir, grao 1 en calquera función que non sexa a cerebral)	1,0 <input type="checkbox"/>
Sen discapacidade, signos mínimos en máis dun SF (máis dun grao 1 en calquera función que non sexa a cerebral)	1,5 <input type="checkbox"/>
Discapacidade mínima nun SF (grao 2 nun deles e 0 ou 1 no resto)	2,0 <input type="checkbox"/>
Discapacidade mínima en dous SF (grao 2 en 2 SF e 0 ou 1 no resto)	2,5 <input type="checkbox"/>
Discapacidade moderada nun SF (grao 3 nun SF e 0 ou 1 no resto), ou discapacidade leve en 3 ou 4 SF (grao 2 en 3 SF e 0 ou 1 no resto), aínda que con plena capacidade ambulante	3,0 <input type="checkbox"/>
Plena capacidade ambulante con discapacidade moderada nun SF (un grao 3) e grao 2 en 1 ou 2 SF, ou grao 3 en dous SF ou grao 2 en 5 SF (0 ou 1 no resto)	3,5 <input type="checkbox"/>
Plena capacidade de deambulación sen axuda, insuficiencia durante un período máximo de 12 horas diarias pece a unha discapacidade relativamente grave de grao 4 nun SF (0 ou 1 no resto) ou ben unha combinación de graos menores que excedan os límites establecidos nos puntos anteriores. Capacidade de andar uns 500 metros sen axuda nin descanso	4,0 <input type="checkbox"/>
Plena capacidade de deambulación sen axuda durante gran parte do día, capacidade de traballar a xornada completa, non obstante presenta certas limitacións para realizar unha actividade plena ou necesitar axuda mínima, caracterizado por unha discapacidade relativamente grave consistente habitualmente en grao 4 en SF (0 ou 1 no resto) ou unha combinación de graos menores que excedan os límites dos puntos anteriores. Capaz de andar uns 300 metros sen axuda nin descanso	4,5 <input type="checkbox"/>
Capacidade de andar uns 200 metros sen axuda nin descanso; discapacidade o suficientemente grave como para afectar á actividade diaria habitual (p. ex., traballar a xornada completa sen medidas especiais). Equivalente a un grao 5 nun solo SF e 0 ou 1 no resto ou unha combinación de graos menores que adóitan superar as especificacións do punto 4,0	5,0 <input type="checkbox"/>

1/2

 		
Paciente:	Data Nac.:	Sexo:
NHC:	CIP:	RXime:
Enderezo:	Telefone:	NSS:

Capacidade de andar uns 100 metros sen axuda nin descanso; discapacidade o suficientemente grave como para impedir a actividade diaria habitual. Equivalente a un grao 5 nun só SF e 0 ou 1 no resto ou unha combinación de graos menores que adóitan superar os do punto 4,0	5,5 <input type="checkbox"/>
Necesidade de axuda intermitente ou constante unilateral (bastón, muleta ou corchelo) para andar uns 100 metros con ou sen descanso. Equivalente a combinacións de máis de dous graos 3+ nos SF	6,0 <input type="checkbox"/>
Necesidade de axuda bilateral constante (bastón, muletas ou corchelo) para andar uns 20 metros sen descansar. Equivalente a combinacións de máis de dous graos 3+ nos SF	6,5 <input type="checkbox"/>
Incapaz de andar máis de 5 metros incluído con axuda e limitado esencialmente a permanecer en cadeira de rodas; capaz de desprazarse só en cadeira de rodas e levantarse dela; permanece na cadeira de rodas unhas 12 horas diarias. Equivale a combinacións de máis dun grao 4+ nos SF, moi raramente a un grao 5 da función piramidal unicamente	7,0 <input type="checkbox"/>
Incapaz de dar uns cantos pasos; limitado a permanecer en cadeira de rodas; pode necesitar axuda para levantarse da cadeira; capaz de desprazarse só en cadeira, aínda que non todo o día; pode necesitar unha cadeira de rodas con motor. Equivale a combinacións de máis dun grao 4+ dos SF	7,5 <input type="checkbox"/>
Limitado esencialmente a estar na cama ou sentado ou a ser trasladado en cadeira de rodas, aínda que pode permanecer fóra da cama gran parte do día; capaz de realizar gran parte do aseo persoal; pode utilizar as mans eficazmente. Equivale a combinacións de grao 4+ en varios sistemas	8,0 <input type="checkbox"/>
Limitado a permanecer na cama gran parte do día; pode utilizar parcialmente as mans e realizar algúns labores de aseo persoal. Equivale combinacións de grao 4+ en varios sistemas	8,5 <input type="checkbox"/>
Paciente encamado e non válido; pode comunicarse e comer. Equivale a combinacións de grao 4+ na maioría dos sistemas	9,0 <input type="checkbox"/>
Paciente encamado e non válido total incapaz de comunicarse eficazmente e de comer ou de deglutir. Equivale a combinacións de grao 4+ en case todos os sistemas	9,5 <input type="checkbox"/>
Morte por EM	10 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>

Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Asno: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2



ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Alergloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**Preguntas**

Check numérico único.

Obrigatorio.

**TOTAL**

Numérico (1).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rólume: Data Nac.: NSS: Sexo: Endereço: Teléfono:

**EXPANDED DISABILITY STATUS SCALE-SHORT FORM (EDSS-SF)**

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

**FUNCIÓN PIRAMIDAL**

Normal	0	<input type="checkbox"/>
Signos anormais sen discapacidade	1	<input type="checkbox"/>
Discapacidade mínima	2	<input type="checkbox"/>
Paraparesia ou hemiparesia leve ou moderada, monoparesia grave	3	<input type="checkbox"/>
Paraparesia ou hemiparesia marcada, tetraparesia moderada ou monoplexia	4	<input type="checkbox"/>
Paraplexia, hemiplexia ou tetraparesia marcada	5	<input type="checkbox"/>
Tetraplexia	6	<input type="checkbox"/>
Descoñecida	V	<input type="checkbox"/>

**FUNCIÓN CEREBELOSA**

Normal	0	<input type="checkbox"/>
Signos anormais sen discapacidade	1	<input type="checkbox"/>
Ataxia leve	2	<input type="checkbox"/>
Ataxia moderada do tronco ou das extremidades	3	<input type="checkbox"/>
Ataxia grave de todas as extremidades	4	<input type="checkbox"/>
Discapacidade para malzar movementos coordinados debido á ataxia	5	<input type="checkbox"/>
Descoñecida	V	<input type="checkbox"/>
Engádese a cada cita cando a presenza de debilidade (función piramidal de grao 3 ou maior) dificulta o exame	X	<input type="checkbox"/>

1/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rólume: Data Nac.: NSS: Sexo: Endereço: Teléfono:

**FUNCIÓN INTESTINAL E VESICAL**

Normal	0	<input type="checkbox"/>
Goteo ao inicio da micción, urxencia miccional ou retención urinaria de gran leve	1	<input type="checkbox"/>
Goteo inicial, urxencia e retención intestinal ou urinaria de grao moderado ou incontinencia urinaria infrecuente	2	<input type="checkbox"/>
Incontinencia urinaria frecuente	3	<input type="checkbox"/>
Necesidade de sondaxe practicamente constante	4	<input type="checkbox"/>
Perda da función vesical	5	<input type="checkbox"/>
Perda da función vesical e intestinal	6	<input type="checkbox"/>
Descoñecida	V	<input type="checkbox"/>

**FUNCIÓN VISUAL**

Normal	0	<input type="checkbox"/>
Escotoma con agudeza visual cortada mellor que 20/60	1	<input type="checkbox"/>
Escotoma con agudeza visual máxima cortada de 20/60-20/90 no oño peor	2	<input type="checkbox"/>
Escotoma de gran tamaño no oño, peor, ou diminución moderada nos campos, pero cunha agudeza visual máxima (corrida) de 20/60 a 20/90	3	<input type="checkbox"/>
Diminución significativa do campo visual cunha agudeza visual máxima cortada de 20/100-20/200 no oño peor; grao 3 máis agudeza visual de 20/60 ou menos no oño mellor	4	<input type="checkbox"/>
Agudeza visual máxima cortada menor de 20/200 no oño peor; grao 4 máis agudeza visual máxima de 20/60 ou menos no oño mellor	5	<input type="checkbox"/>
Grao 5 máis agudeza visual máxima de 20/60 ou menos no oño mellor	6	<input type="checkbox"/>
Descoñecida	V	<input type="checkbox"/>
Engádese aos graos 0-6 cando existe palidez temporal	X	<input type="checkbox"/>

3/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rólume: Data Nac.: NSS: Sexo: Endereço: Teléfono:

**FUNCIÓN DO TRONCO CEREBRAL**

Normal	0	<input type="checkbox"/>
Presenza de sigmos	1	<input type="checkbox"/>
Nistagno moderado ou outra discapacidade leve. Discapacidade mínima	2	<input type="checkbox"/>
Nistagno grave, debilidade extraocular marcada ou discapacidade moderada relacionada con outros pares craniais	3	<input type="checkbox"/>
Disartria marcada ou outra discapacidade significativa	4	<input type="checkbox"/>
Discapacidade para deglutir ou falar	5	<input type="checkbox"/>
Descoñecida	V	<input type="checkbox"/>

**FUNCIÓN SENSITIVA**

Normal	0	<input type="checkbox"/>
Diminución da sensibilidade vibratoria e do recoñecemento táctil de figuras sobre a pel en 1 ou 2 extremidades	1	<input type="checkbox"/>
Lixeira diminución da sensibilidade táctil, dolorosa ou postural e/ou diminución moderada da sensibilidade vibratoria en 1 ou 2 extremidades ou diminución da sensibilidade vibratoria exclusivamente en 3 ou 4 extremidades	2	<input type="checkbox"/>
Diminución moderada da sensibilidade táctil, dolorosa ou postural e/ou perda da sensibilidade vibratoria principalmente en 1 ou 2 extremidades ou lixeira diminución da sensibilidade táctil ou dolorosa e/ou diminución moderada de todos os probas propioceptivos en 3 ou 4 extremidades	3	<input type="checkbox"/>
Diminución marcada da sensibilidade táctil ou dolorosa ou perda da propiocepción, soa ou asociadas, en 1 ou 2 extremidades ou diminución moderada da sensibilidade táctil ou dolorosa e/ou diminución importante da sensibilidade propioceptiva en máis de 2 extremidades	4	<input type="checkbox"/>
Perda da sensibilidade en 1 ou 2 extremidades como característica predominante ou diminución moderada da sensibilidade táctil ou dolorosa e/ou perda da propiocepción na maior parte do corpo por debaixo da cabeza	5	<input type="checkbox"/>
Perda da sensibilidade por debaixo da cabeza como característica predominante	6	<input type="checkbox"/>
Descoñecida	V	<input type="checkbox"/>

2/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rólume: Data Nac.: NSS: Sexo: Endereço: Teléfono:

**FUNCIÓN CEREBRAL (OU COGNITIVA)**

Normal	0	<input type="checkbox"/>
Alteración do estado de ánimo (sen afectar á puntuación da EDSS)	1	<input type="checkbox"/>
Deterioración leve da actividade mental	2	<input type="checkbox"/>
Deterioración moderada da actividade mental	3	<input type="checkbox"/>
Deterioración marcada da actividade mental (síndrome cerebral crónica moderada)	4	<input type="checkbox"/>
Demencia ou síndrome cerebral crónica grave ou incompetente	5	<input type="checkbox"/>
Descoñecida	V	<input type="checkbox"/>

**OUTRAS FUNCIÓNS**

Ningunha	0	<input type="checkbox"/>
Catquera outro signo neurolóxico atribuíble á EM (especificívese)	1	<input type="checkbox"/>
Descoñecida	V	<input type="checkbox"/>

**TOTAL**

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>

Así: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Neuroloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**FUNCIÓN PIRAMIDAL**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**FUNCIÓN CEREBELOSA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**FUNCIÓN DO TRONCO CEREBRAL**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**FUNCIÓN SENSITIVA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**FUNCIÓN INTESTINAL E VESICAL**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**FUNCIÓN VISUAL**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**FUNCIÓN CEREBRAL (OU COGNITIVA)**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**OUTRAS FUNCIONS**

Check numérico múltiple.

Excluínte.



Obrigatorio.

**TOTAL**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

			
Paciente:		Data Nac.:	Sexo:
NIC:	CIP:	Número:	NSS:
Enderezo:		Teléfono:	

**PROBA DE VISIÓN PRÓXIMA**

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

**1,0**

Todos os nenos hanos en idade de cinco anos, teño, pero, dificultades e non están totalmente competidos que o grao de intelixencia dos nenos hanos depende principalmente da visión e da visión. O obxecto por parte da vista que:

**0,8**

deben realizarse a través dos ollos. É aconsellable que os nenos sexan examinados por un especialista oftalmólogo. Se no neno presentan problemas visuais, serían máis difícil realizar traballos próximos próximos:

**0,6**

como ler, escribir, debuxar, etc. Cando o neno non quere estudar na idade escolar, na materia dos casos, non se debe a unha incapacidade intelectual, senón que pode

**0,4**

deberse a un defecto visual que lle impide estudar. Todos os pais deberían preguntarlles aos seus nenos se ven ben o que o profesor escribe

**0,1**

no encerado. Se non ven ben, poderían ter problemas visuais que, detectados a tempo, poden ter solución.

1/1

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**UNITED PARKINSON'S DISEASE RATING SCALE (UPDRS)**

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

**I. ESTADO MENTAL, CONDUCTA E HUMOR** **Valoración**

**Afectación intelectual**

Ningunha 0

Leve (óbido con recordo parcial dalgúns feitos sen outras dificultades) 1

Perda moderada de memoria, con desorientación e moderada dificultade no tratamento de problemas complexos 2

Perda grave de memoria con desorientación temporal e a miúdo espacial, grave dificultade cos problemas 3

Perda grave de memoria con orientación só para persoas, incapaz de xulgar ou resolver problemas 4

**Transtorno do pensamento**

Ningún 0

Somo intenso 1

Alucinacións "benignas" con retención destas 2

Alucinacións máis frecuentes sen retención, poden interferir coa actividade diaria 3

Alucinacións persistentes, ilusións, ou psicose notias 4

**Depresión**

Non presente 0

Períodos de tristeza ou culpabilidade superiores ao normal, nunca presentes durante máis duns días ou dounha semana 1

Depresión persistente durante máis dunha semana 2

Síntomas vexetativos (insomnio, anorexia, abulia, perda de peso) 3

Síntomas vexetativos con tendencias suicidas 4

1/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Escritura**

Normal 0

Levemente pequena ou lenta 1

Todas as palabras pequenas pero lexíbles 2

Gravemente afectada, non son lexíbles as palabras 3

Malofarriamente flexíbles 4

**Cortar alimentos/manexar utensilios**

Normal 0

Lento e pouco hábil, pero válese só 1

Pode cortar a maioría dos alimentos, para algúns necesita axuda 2

Débilente cortar a comida, pero pode alimentarse só 3

Necesita que o alimenten 4

**Vestir**

Normal 0

Lento, pero sen axuda 1

Ocasionalmente necesita axuda 2

Necesita considerable axuda, aínda pode facer algunhas cousas só 3

**Hixiene**

Normal 0

Lento pero sen axuda 1

Necesita axuda coa ducha ou o baño, ou é moi lento no coidado da hixiene 2

Necesita axuda para lavarse, cepillar os dentes, ir ao baño 3

Necesita axuda completa 4

3/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Motivación/iniciativa**

Normal 0

Menos afirmativo, máis pasivo 1

Perda de iniciativa ou desinterese en actividades electivas 2

Perda de inactiva ou desinterese na rutina diaria 3

Abandono, perda completa de motivación 4

**II. ACTIVIDADES DA VIDA DIARIA**

**Linguaxe**

Normal 0

Levemente afectado, sen dificultade para ser entendido 1

Moderadamente afectado, ocasionalmente, debe pedirlle que repita as cousas 2

Gravemente afectado, pídesele frecuentemente que repita as cousas 3

Inintelixible a maior parte do tempo 4

**Salvación**

Normal 0

Leve 1

Moderada excesiva salvación, babeo nocturno 2

Marcado babeo 3

**Degución**

Normal 0

Obstrución rara 1

Obstrución ocasional 2

Requiere comida branda 3

Requiere intubación (sonda) 4

2/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Virarse na cama/axustar as sabas**

Normal 0

Lento pero sen axuda 1

Pode virarse ou axustar as sabas pero con gran dificultade 2

Non pode virarse ou axustar as sabas só 3

Necesita axuda completa 4

**Caídas sen relación co freezing**

Ningunha 0

Raras 1

Ocasionais, menos dunha por día 2

Unha por día de media 3

Máis dunha por día 4

**Freezing ao camiñar**

Normal 0

Caídas ocasionais por freezing 1

Frecuente freezing, caídas ocasionais 2

Frecuentes caídas por freezing 3

**Andar**

Normal 0

Leve dificultade, amosta as pernas ou diminúe o balanceo dos brazos 1

Dificultade moderada, sen require axuda 2

Afectación grave, que require asistencia 3

Non pode andar, incluso con axuda 4

4/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rólame: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**Tremor**

Ausente 0

Leve e infrecuente, non molesto ao paciente 1

Moderado, molesto para o paciente 2

Grave, interfere con moitas actividades 3

Moderado, interfere con moitas actividades 4

**Molestias sensoriais relacionadas co parkinsonismo**

Ningunha 0

Ocasionalmente ten insensibilidade, formigueo e dor leve 1

Frecuente pero non estresante 2

Sensación de dor frecuente 3

Dor insuportable 4

**III. EXAME MOTOR**

**Linguaxe**

Normal 0

Leve perda de expresión, dicción, volume 1

Monótono, mal articulado pero comprensible 2

Marcada dificultade, difícil de entender 3

Inintelixible 4

**Expresión facial**

Normal 0

Leve hipomímia 1

Leve pero definida diminución anormal da expresión 2

Moderada hipomímia, labios separados parte do tempo 3

Cara fixa, labios separados 5 cm ou máis, con perda completa de expresión 4

5/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rólame: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**Extremidade inferior esquerda (EIE)**

Ausente 0

Leve, presente con acción 1

Moderado, presente con acción 2

Moderado, presente con acción e mantendo a postura 3

Markado, interfere coa alimentación 4

**Tremor postural ou de acción**

**Extremidade superior dereita (ESD)**

Ausente 0

Leve, presente con acción 1

Moderado, presente con acción 2

Moderado, presente con acción e mantendo a postura 3

Markado, interfere coa alimentación 4

**Extremidade superior esquerda (ESE)**

Ausente 0

Leve, presente con acción 1

Moderado, presente con acción 2

Moderado, presente con acción e mantendo a postura 3

Markado, interfere coa alimentación 4

**Fluidez**

**Pescozo**

Ausente 0

Leve ou só con actividade 1

Leve/moderada 2

Markada, en todo o rango de movemento 3

Grave 4

7/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rólame: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**Tremor de repouso**

**Cara**

Ausente 0

Leve e infrecuente 1

Leve e presente a maior parte do tempo 2

Moderado e presente a maior parte do tempo 3

Markado e presente a maior parte do tempo 4

**Extremidade superior dereita (ESD)**

Ausente 0

Leve e infrecuente 1

Leve e presente a maior parte do tempo 2

Moderado e presente a maior parte do tempo 3

Markado e presente a maior parte do tempo 4

**Extremidade superior esquerda (ESE)**

Ausente 0

Leve e infrecuente 1

Leve e presente a maior parte do tempo 2

Moderado e presente a maior parte do tempo 3

Markado e presente a maior parte do tempo 4

**Extremidade inferior dereita (EID)**

Ausente 0

Leve e infrecuente 1

Leve e presente a maior parte do tempo 2

Moderado e presente a maior parte do tempo 3

Markado e presente a maior parte do tempo 4

6/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rólame: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**Extremidade superior dereita (ESD)**

Ausente 0

Leve ou só con actividade 1

Leve/moderada 2

Markada, en todo o rango de movemento 3

Grave 4

**Extremidade superior esquerda (ESE)**

Ausente 0

Leve ou só con actividade 1

Leve/moderada 2

Markada, en todo o rango de movemento 3

Grave 4

**Extremidade inferior dereita (EID)**

Ausente 0

Leve ou só con actividade 1

Leve/moderada 2

Markada, en todo o rango de movemento 3

Grave 4

**Extremidade inferior esquerda (EIE)**

Ausente 0

Leve ou só con actividade 1

Leve/moderada 2

Markada, en todo o rango de movemento 3

Grave 4

8/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nec.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**Tocar a punta dos dedos**

**Dereitas**

Normal 0

Leve lentitude e/ou redución en amplitude 1

Dificultade moderada 2

Dificultade grave 3

Apenas pode realizalos 4

**Esquerdas**

Normal 0

Leve lentitude e/ou redución en amplitude 1

Dificultade moderada 2

Dificultade grave 3

Apenas pode realizalos 4

**Movimentos da man (abrir e pechar as mans en rápida sucesión)**

**Dereita**

Normal 0

Leve lentitude e/ou redución en amplitude 1

Dificultade moderada 2

Dificultade grave 3

Apenas pode realizalos 4

**Esquerda**

Normal 0

Leve lentitude e/ou redución en amplitude 1

Dificultade moderada 2

Dificultade grave 3

Apenas pode realizalos 4

9/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nec.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**Marcha**

Normal 0

Anda lentamente 1

Anda con dificultade, con pouca ou sen axuda, algún balanceo, pasos curtos ou propulsión 2

Afectación grave, necesita axuda frecuente 3

Non pode andar 4

**Estabilidade postural (test de retroposición)**

Normal 0

Recupérase sen axuda 1

Caeira se non se colle 2

Cae espontaneamente 3

Imposible manterse de pé 4

**Bradicinesia/hipocinesia**

Nada 0

Mínima lentitude, podería ser normal 1

Leve lentitude e escaseza de movementos, definitivamente anormais, ou diminuído a amplitude de movementos 2

Moderada lentitude, escaseza de movementos, ou diminuído a amplitude de movementos 3

Marcada lentitude, escaseza de movementos, ou diminuído a amplitude de movementos 4

**IV. COMPLICACIÓNS DO TRATAMENTO (DA SEMANA ANTERIOR)**

**A. Discinesias**

**Duración: ¿En que proporción das horas de vivida do día están presentes as discinesias?**

Non hai 0

1% a 25% do día 1

25% a 50% do día 2

51% a 75% do día 3

76% a 100% do día 4

11/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nec.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**Axiliade na perna (movementos co talón sobre o chan, a amplitude debería ser de 8 cm)**

**Dereita**

Normal 0

Leve lentitude e/ou redución en amplitude 1

Dificultade moderada 2

Dificultade grave 3

Apenas pode realizalos 4

**Esquerda**

Normal 0

Leve lentitude e/ou redución en amplitude 1

Dificultade moderada 2

Dificultade grave 3

Apenas pode realizalos 4

**Levantarse dunha cadeira (cos brazos cruzados)**

Normal 0

Lento, pode necesitar máis dun intento 1

Empúrase para atrás cos brazos ou a cadeira 2

Tende a caer para atrás, pode necesitar moitos intentos pero pode levantarse sen axuda 3

Incapaz de levantarse sen axuda 4

**Postura**

Normal erecto 0

Levemente inclinado, podería ser normal para unha persoa maior 1

Anormal inclinado, pode que ata algún lado 2

Grave inclinación con escoliose 3

Marcada flexión compo postura moi anormal 4

10/13

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nec.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**Incapacidade: ¿Que grao de incapacidade producen as discinesias? (información por anamnesis: pode modificarse pola exploración)**

Non incapacitantes 0

Discretamente incapacitantes 1

Moderadamente incapacitantes 2

Moi incapacitantes 3

Totalmente invalidantes 4

**Discinesias dolorosas: ¿Canto dor producen as discinesias?**

Non hai discinesias dolorosas 0

Leve 1

Moderada 2

Intensa 3

Marcada 4

**Presenza de distonía nas primeiras horas da mañá (información por anamnesis)**

Non 0

Si 1

**B. Flutuacións clínicas**

**¿Hai algúns períodos a/impredicibles que se instauran nun momento determinado tras unha dose de medicación?**

Non 0


Si 1

**¿Hai algúns períodos a/impredicibles en relación coas tomas de medicación?**

Non 0

Si 1

12/13




Paciente:	CIP:	Número:	Data Nac.:	NSS:	Sexo:
Enderezo:		Teléfono:			

¿Hai períodos *off* que se instauran de forma súbita? (por exemplo, en poucos segundos)

Non 0

Si 1

Como media, ¿en que proporción das horas de vigilia do día está o paciente en *off*?

Ningunha 0

1% a 25% do día 1

26% a 50% do día 2

51% a 75% do día 3

76% a 100% do día 4

**C. Outras complicacións**

¿Ten o paciente anorexia, náuseas ou vómitos?

Non 0

Si 1

¿Ten o paciente algún trastorno do sono? (por exemplo, insomnio o hipersomnia)

Non 0

Si 1

¿Ten o paciente ortostático sintomático?

Non 0

Si 1

**TOTAL** 0

Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Asido. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

13/13



ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Neuroloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Neuroloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**I. ESTADO MENTAL, CONDUCTA E HUMOR**

**Afectación intelectual**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Trastorno do pensamento**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Depresión**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Motivación/iniciativa**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**II. ACTIVIDADES DA VIDA DIARIA**

**Linguaxe**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Salivación**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Deglución**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Escritura**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Cortar alimentos/manexar utensilios**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Vestir**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Hixiene**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Voltarse na cama/axustar as sabas**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Caídas sen relación co freezing**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Freezing ao camiñar**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Andar**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Tremor**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Molestias sensoriais relacionadas co parkinsonismo**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**III. EXAME MOTOR**

**Linguaxe**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Expresión facial**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Tremor de repouso**

Cara

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Extremidade superior dereita (ESD)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Extremidade superior esquerda (ESE)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Extremidade inferior dereita (EID)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Extremidade inferior esquerda (EIE)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Tremor postural ou de acción**

**Extremidade superior dereita (ESD)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Extremidade superior esquerda (ESE)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Rixidez**

**Pescozo**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Extremidade superior dereita (ESD)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Extremidade superior esquerda (ESE)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Extremidade inferior dereita (EID)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Extremidade inferior esquerda (EIE)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Tocar a punta dos dedos**

**Dereitos**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Esquerdos**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Movimentos da man (abrir e pechar as mans en rápida sucesión)**

**Dereita**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Esquerda**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Axilidade na perna (movimentos co talón sobre o chan, a amplitude debería ser de 8 cm)**

**Dereita**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Esquerda**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Levantarse dunha cadeira (cos brazos cruzados)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Postura**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Marcha**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Estabilidade postural (test de retropulsión)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Bradicinesia/hipocinesia**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**IV. COMPLICACIÓNS DO TRATAMENTO (NA SEMANA ANTERIOR)**

**A. Dicsinesias**

**Duración: ¿En que proporción das horas de vixilia do día están presentes as dicsinesias?**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Incapacidade: ¿Que grao de incapacidade producen as dicsinesias? (información por anamnese: pode modificarse pola exploración)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Discinesias dolorosas: ¿Canta dor producen as dicsinesias?**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Presenza de distonía nas primeiras horas da mañá (información por anamnese)**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**B. Flutuacións clínicas**

**¿Hai algúns períodos off predicibles que se instauran nun momento determinado tras unha dose de medicación?**

Check numérico múltiple.  
Excluínte.  
Obrigatorio.

**Discinesias dolorosas: ¿Canta dor producen as discinesias?**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**¿Hai algúns períodos *off* imprevisibles en relación coas tomas de medicación?**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**¿Hai períodos *off* que se instauran de forma súbita? (por exemplo, en poucos segundos)**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Como media ¿en que proporción das horas de vixilia do día está o paciente en *off* ?**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**C. Outras complicacións**

**¿Ten o paciente anorexia, náuseas ou vómitos?**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**¿Ten o paciente algún trastorno do sono? (por exemplo, insomnio ou hipersomnia)**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**¿Ten o paciente ortostatismo sintomático?**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**TOTAL**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Valoración).

Obrigatorio.

**Data:**

7/3/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

José Luis Gómez Parga  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Javier Martínez Pérez-Mendaña  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M<sup>a</sup> Dolores Fandiño García  
C.H. Xeral-Calde.

Susana Blanco Pérez  
C.H. de Ourense.

Jaime Dapena González  
C.H. de Pontevedra.

Ángel de la Orden Frutos  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M<sup>a</sup> Holanda Rodríguez Vázquez  
C.H. Universitario de Vigo.

**Documentos elaborados:**[Anamnese e exploración física.](#)[Evolución do embarazo.](#)[Alergloxía](#)[Anestesioloxía e Reanimación](#)[Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)[Aparello Dixestivo](#)[Cardioloxía](#)[Cirurxía Cardíaca](#)[Cirurxía Maxilofacial](#)[Cirurxía Pediátrica](#)[Cirurxía Plástica](#)[Cirurxía Torácica](#)[Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)[Dermatoloxía](#)[Endocrinoloxía](#)[Hematoloxía Clínica](#)[Hospitalización a Domicilio](#)[Medicina Interna](#)[Medicina Intensiva](#)[Medicina Preventiva](#)[Nefroloxía](#)[Neurocirurxía](#)[Neurofisioloxía Clínica](#)[Neuroloxía](#)**Obstetricia**[Oftalmoloxía](#)[Oncoloxía Médica](#)[Otorrinolaringoloxía](#)[Pediatria](#)[Pneumoloxía](#)[Psiquiatría](#)[Radiodiagnóstico](#)[Rehabilitación](#)[Reumatoloxía](#)[Traumatoloxía](#)[Uroloxía](#)[Xeriatría](#)[Xinecoloxía](#)

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: OBSTETRICA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS

Menarquia (anos)  TIR (diastólas)  /   
Tip: [mostrar de negro](#)

Embarazos  Abortos  Prematuro  A termo  Vivos

(Enfermidades) (Intervencións) (Transfusións) (Hábitos tóxicos) (Situación social e funcional) (Medicación actual) (Profesión) (Outros)

**ALUPPPO**

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES DE PARELLA

1/4

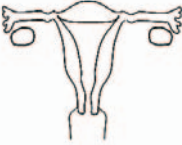
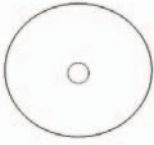
**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

ANEXO DEREITO Normal  Non palpable

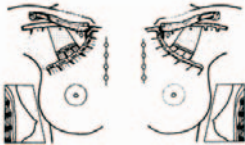
ANEXO ESQUERDO Normal  Non palpable

DEREITA ESQUERDA

MAMAS, MAMILAS E AXILAS Normal

DEREITA ESQUERDA



3/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

EMBARAZO ACTUAL

DUR (d5mm/aaaa)  /  /  /  DPP (d5mm/aaaa)  /  /  /   
Unha de embarazo Unha gestación de parte

Idade xestacional (semanas/días)  /  Idade xestacional por ecografía (semanas/días)  /

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/min (mm Hg)  /  Peso (kg)  Talle (cm)  IMC   
Temperatura Índice de masa corporal (BMI)

VULVA Normal

VAXINA Normal

CÉRVIX Normal

ÚTERO Normal

2/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Obstetricia dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Obstetricia dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES PERSOAIS**

**Menarquía**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**THR**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Embarazos**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Abortos**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Prematuros**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**A termo**

Numérico (0)

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Vivos**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**ALERXIAS**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES DE PARELLA**

Texto.

Obrigatorio.

**EMBARAZO ACTUAL**

**DUR**

Data.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**DPP**

Data.

Fórmula = DUR + 280 días

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Idade xestacional**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Idade xestacional por ecografía**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**ANAMNESE POR APARELLOS**

Texto.

Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

**TA**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Peso**

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**Talle**

Numérico (0).

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

Non obrigatorio.

**IMC**

Numérico (2).

Fórmula = Peso / Talle<sup>2</sup>.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

#### **VULVA**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **VAXINA**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **CÉRVIX**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **ÚTERO**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **ANEXO DEREITO**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Non palpable**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **ANEXO ESQUERDO**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Non palpable**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **MAMAS, MAMILAS E AXILAS**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **XUÍZO CLÍNICO**

Texto.  
Obrigatorio.

#### **PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.  
Obrigatorio.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**EVOLUCIÓN DO EMBARAZO**

**SERVIZO: OBSTETRICIA**

DUR (dd/mm/aaaa)  /  /  DPP (dd/mm/aaaa)  /  /   
Data de diagnóstico Data de inicio de parto

FPP\_1 (dd/mm/aaaa)  /  /   
Data probable de parto por ecografía

Data (dd/mm/aaaa)  /  /  Idade xestacional (semanas/días)  /

Anamnese

Peso (kg)  Ganancia ponderal (g/sem)  TA máx/mín (mm Hg)  /   
Tendencia actual

Edemas

Oufios

Estática fetal

Lafexo fetal

Movimentos fetais

Ecografía

Probos solicitadas

Tratamento

Incidencias

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

Data (dd/mm/aaaa)  /  /  Idade xestacional (semanas/días)  /

Anamnese

Peso (kg)  Ganancia ponderal (g/sem)  TA máx/mín (mm Hg)  /   
Tendencia actual

Edemas

Oufios

Estática fetal

Lafexo fetal

Movimentos fetais

Ecografía

Probos solicitadas

Tratamento

Incidencias

Data (dd/mm/aaaa)  /  /  Idade xestacional (semanas/días)  /

Anamnese

Peso (kg)  Ganancia ponderal (g/sem)  TA máx/mín (mm Hg)  /   
Tendencia actual

Edemas

Oufios

Estática fetal

Lafexo fetal

Movimentos fetais

Ecografía

Probos solicitadas

Tratamento

Incidencias

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

Data (dd/mm/aaaa)  /  /  Idade xestacional (semanas/días)  /

Anamnese

Peso (kg)  Ganancia ponderal (g/sem)  TA máx/mín (mm Hg)  /   
Tendencia actual

Edemas

Oufios

Estática fetal

Lafexo fetal

Movimentos fetais

Ecografía

Probos solicitadas

Tratamento

Incidencias

Data (dd/mm/aaaa)  /  /  Idade xestacional (semanas/días)  /

Anamnese

Peso (kg)  Ganancia ponderal (g/sem)  TA máx/mín (mm Hg)  /   
Tendencia actual

Edemas

Oufios

Estática fetal

Lafexo fetal

Movimentos fetais

Ecografía

Probos solicitadas

Tratamento

Incidencias

2/3



ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Obstetricia dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Obstetricia dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**DUR**

Data.

Non obrigatorio.

**DPP**

Data.

Fórmula = DUR + 280 días

Non obrigatorio.

**DPP\_E**

Data.

Non obrigatorio.

**Data.**

Data.

Obrigatorio.

**Idade xestacional**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Anamnese**

Texto.

Non obrigatorio.

**Peso**

Numérico (1).

Non obrigatorio.

**Ganancia ponderal**

Numérico (0).

Fórmula = (Peso revisión actual - Peso revisión anterior) x 1.000 / (Data revisión actual - Data revisión anterior / 7)

Non obrigatorio.

**TA**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Edemas**

Texto.

Non obrigatorio.

**Ouriños**

Texto.

Non obrigatorio.

**Estática fetal**

Texto.

Non obrigatorio.

**Latexo fetal**

Texto.

Non obrigatorio.

**Movementsos fetais**

Texto.

Non obrigatorio.

**Ecografía**

Texto.

Non obrigatorio.

**Probas solicitadas**

Texto.

Non obrigatorio.

**Tratamento**

Texto.

Non obrigatorio.

**Incidencias**

Texto.

Non obrigatorio.

**Data:**

8/2/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Manuel Cordido Carballido  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

M<sup>a</sup> Dolores Álvarez Díaz  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Aurora Sayagués Gómez  
C.H. Xeral-Calde.

Claudio Moreno García  
C.H. de Ourense.

Severiano Campos García  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Miguel Costas Sueiras  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire  
C.H. Xeral-Calde.

**Documentos elaborados:**

**Anamnese e exploración física.**

**Data:**

16/2/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Manuel Cordido Carballido  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

M<sup>a</sup> Dolores Álvarez Díaz  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Aurora Sayagués Gómez  
C.H. Xeral-Calde.

Claudio Moreno García  
C.H. de Ourense.

Severiano Campos García  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Miguel Costas Sueiras  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire  
C.H. Xeral-Calde.

**Documentos elaborados:**

**Anamnese e exploración física.**

Alergoloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

**Oftalmoloxía**

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatría

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: OFTALMOLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOALS

HTA  Hipertensión  Anticoagulantes   
 Diabete  Prostata  Antiagregantes

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

1/7

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

ANEXOS OD Normal

ANEXOS OE Normal

SEGMENTO ANTERIOR OD Normal

SEGMENTO ANTERIOR OE Normal


CÓRNEA OD Normal

CÓRNEA OE Normal

IRIS E BORDO PUPILAR OD Normal

IRIS E BORDO PUPILAR OE Normal

DEREITO ESQUERDO



3/7

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LONGA

	OLLO DEREITO		OLLO ESQUERDO	
Sen corrección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coa súa corrección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estenopéico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refracción esfera	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Refracción cilindro	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Refracción eixe (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agudeza visual comitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VISIÓN PRÓXIMA

	OLLO DEREITO		OLLO ESQUERDO	
Sen corrección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refracción esfera	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Refracción cilindro	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
Refracción eixe (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agudeza visual comitada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOTILIDADE OCULAR OD Normal

MOTILIDADE OCULAR OE Normal

2/7

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

CRISTALINO OD Normal

CRISTALINO OE Normal

REFLEXOS PUPILARES DIRECTO OD Normal

REFLEXOS PUPILARES DIRECTO OE Normal

REFLEXOS PUPILARES CONSENSUAL OD Normal

REFLEXOS PUPILARES CONSENSUAL OE Normal

TEST DE SCHIRMER TIPO I OD (mm)

TEST DE SCHIRMER TIPO I OE (mm)

TEST DE SCHIRMER TIPO II OD (mm)

TEST DE SCHIRMER TIPO II OE (mm)

4/7

**SERGAS** Servizo Galego de Saúde **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

OUTRAS EXPLORACIÓNS OD Normal

OUTRAS EXPLORACIÓNS OE Normal

VÍAS LACRIMAIS  
 Oño dereito    
 Oño esquerdo

PRESIÓN INTRAOCULAR OD OE  
 Presión intraocular (mm Hg)   Hora (h:mm)   
 Sistema de medición

Paquimetría (μ) OD OE  
 Hora última administración (h:mm)

Tratamento

Ángulo lido-corneal

DILATACIÓN OD OE  
 Dilatación (mm)

FONDO DE OLLO OD Normal

FONDO DE OLLO OE Normal

5/7

**SERGAS** Servizo Galego de Saúde **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

REIDA DE AMSLER

TEST DE COR OD

TEST DE COR OE

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

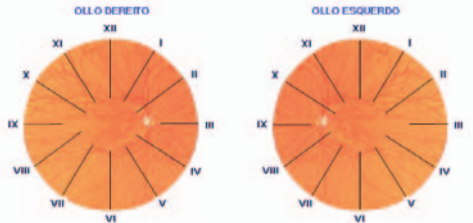
Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asido, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

7/7

**SERGAS** Servizo Galego de Saúde **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

OLLO DEREITO OLLO ESQUERDO



BIOMETRÍA OD

BIOMETRÍA OE

CAMPO VISUAL

ANGIOGRAFÍA

TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (TCO)

ECOGRAFÍA OCULAR

6/7

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Oftalmoloxía dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Oftalmoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

**HTA**

Check único.

Non obrigatorio.

**Diabete**

Check único.

Non obrigatorio.

**Hipercolesterolemia**

Check único.

Non obrigatorio.

**Prostatismo**

Check único.

Non obrigatorio.

**Anticoagulantes**

Check único.

Non obrigatorio.

**Antiagregantes**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre outra epígrafe deste apartado.

**ALERXIAS**

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.

Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.

Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.

Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

**VISIÓN LONGA**

**Sen corrección**

Combo.

Valores: 1 / 0,9 / 0,8 / 0,7 / 0,6 / 0,5 / 0,4 / 0,3 / 0,2 / 0,1 / Conta dedos / Vultos / Percibe e proxecta / Percibe luz / Amaurose.

Non obrigatorio.

**Coa súa corrección**

Combo.

Valores: 1 / 0,9 / 0,8 / 0,7 / 0,6 / 0,5 / 0,4 / 0,3 / 0,2 / 0,1 / Conta dedos / Vultos / Percibe e proxecta / Percibe luz / Amaurose.

Non obrigatorio.

**Estenopeico**

Combo.

Valores: 1 / 0,9 / 0,8 / 0,7 / 0,6 / 0,5 / 0,4 / 0,3 / 0,2 / 0,1 / Conta dedos / Vultos / Percibe e proxecta / Percibe luz / Amaurose.

Non obrigatorio.

**Refracción esfera**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Refracción cilindro**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Refracción eixe**

Numérico (1).

Non obrigatorio.

**Agudeza visual corrixida**

Combo.

Valores: 1 / 0,9 / 0,8 / 0,7 / 0,6 / 0,5 / 0,4 / 0,3 / 0,2 / 0,1 / Conta dedos / Vultos / Percibe e proxecta / Percibe luz / Amaurose.

Non obrigatorio.

**VISIÓN PRÓXIMA**

**Sen corrección**

Combo.

Valores: 1 / 0,9 / 0,8 / 0,7 / 0,6 / 0,5 / 0,4 / 0,3 / 0,2 / 0,1 / Conta dedos / Vultos / Percibe e proxecta / Percibe luz / Amaurose.

Non obrigatorio.

**Refracción esfera**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Refracción cilindro**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Refracción eixe**

Numérico (1).

Non obrigatorio.

**Agudeza visual corrixida**

Combo.

Valores: 1 / 0,9 / 0,8 / 0,7 / 0,6 / 0,5 / 0,4 / 0,3 / 0,2 / 0,1 / Conta dedos / Vultos / Percibe e proxecta / Percibe luz / Amaurose.

Non obrigatorio.

**MOTILIDADE OCULAR OD****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**MOTILIDADE OCULAR OE****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**ANEXOS OD****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**ANEXOS OE****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**SEGMENTO ANTERIOR OD****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**SEGMENTO ANTERIOR OE****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**CÓRNEA OD****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**CÓRNEA OE****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**IRIS E BORDO PUPILAR OD****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**IRIS E BORDO PUPILAR OE****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**CRISTALINO OD****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**CRISTALINO OE****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**REFLEXOS PUPILARES DIRECTO OD****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**REFLEXOS PUPILARES DIRECTO OE****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**REFLEXOS PUPILARES CONSENSUAL OD****Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**REFLEXOS PUPILARES CONSENSUAL OE**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**TEST DE SCHIRMER TIPO I OD**

Texto.

Non obrigatorio.

**TEST DE SCHIRMER TIPO I OE**

Texto.

Non obrigatorio.

**TEST DE SCHIRMER TIPO II OD**

Texto.

Non obrigatorio.

**TEST DE SCHIRMER TIPO II OE**

Texto.

Non obrigatorio.

**OUTRAS EXPLORACIÓNS OD**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**OUTRAS EXPLORACIÓNS OE**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**VÍAS LACRIMAIS**

**Olo dereito**

Combo.

Valores: Permeable / Semipermeable / Non permeable.

Non obrigatorio.

**Olo esquerdo**

Combo.

Valores: Permeable / Semipermeable / Non permeable.

Non obrigatorio.

**PRESIÓN INTRAOCULAR**

**Presión intraocular**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Hora**

Data.

Non obrigatorio.

**Paquimetría**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Hora última administración**

Data.

Non obrigatorio.

**Tratamento**

Texto.

Obrigatorio.

**Ángulo irido-corneal**

Texto.

Obrigatorio.

**DILATACIÓN**

**Dilatación**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**FONDO DE OLLO OD**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**FONDO DE OLLO OE**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**BIOMETRÍA OD**

Texto.

Non obrigatorio.

**BIOMETRÍA OE**

Texto.

Non obrigatorio.

**CAMPO VISUAL**

Texto.

Non obrigatorio.

**ANXIOGRAFÍA**

Texto.

Non obrigatorio.

**TOMOGRFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (TCO)**

Texto.

Non obrigatorio.

**ECOGRAFÍA OCULAR**

Texto.

Non obrigatorio.

**REIXA DE AMSLER**

Texto.

Obrigatorio.

**TEST DE COR OD**

Texto.

Obrigatorio.

**TEST DE COR OE**

Texto.

Obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

Texto.

Obrigatorio.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.

Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.

Obrigatorio.

**Data:**

6/3/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Guillermo Alonso-Jaúdenes Curbera  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Yolanda Vidal Ínsua  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús García Mata  
C.H. de Ourense.

Isabel Lorenzo Lorenzo  
C.H. de Pontevedra.

Joaquín Casal Rubio  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M<sup>a</sup> Holanda Rodríguez Vázquez  
C.H. Universitario de Vigo.

**Documentos elaborados:**[Anamnese e exploración física.](#)[Resume evolutivo.](#)[Alergoloxía](#)[Anestesioloxía e Reanimación](#)[Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)[Aparello Dixestivo](#)[Cardioloxía](#)[Cirurxía Cardíaca](#)[Cirurxía Maxilofacial](#)[Cirurxía Pediatría](#)[Cirurxía Plástica](#)[Cirurxía Torácica](#)[Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)[Dermatoloxía](#)[Endocrinoloxía](#)[Hematoloxía Clínica](#)[Hospitalización a Domicilio](#)[Medicina Interna](#)[Medicina Intensiva](#)[Medicina Preventiva](#)[Nefroloxía](#)[Neurocirurxía](#)[Neurofisioloxía Clínica](#)[Neuroloxía](#)[Obstetricia](#)[Oftalmoloxía](#)**[Oncoloxía Médica](#)**[Otorrinolaringoloxía](#)[Pediatría](#)[Pneumoloxía](#)[Psiquiatría](#)[Radiodiagnóstico](#)[Rehabilitación](#)[Reumatoloxía](#)[Traumatoloxía](#)[Uroloxía](#)[Xeriatría](#)[Xinecoloxía](#)



**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: ONCOLOXÍA MÉDICA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS  
 [Enfermidades] [Intervencións] [Trasfusiones] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]  
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg)  /  F.C. (atacos/min)  FR (resps/min)   
Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria

Tª (°C)  -  Peso (kg)  Talla (cm)  Superficie corporal (m<sup>2</sup>)   
Temperatura Índice de masa corporal

Creatinina sérica (mg/dl)  GFR  PS  BK (%)   
Actividade creatínica Estado funcional Índice de tumores

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Localización

Histoloxía

T  N  M   
 Estado

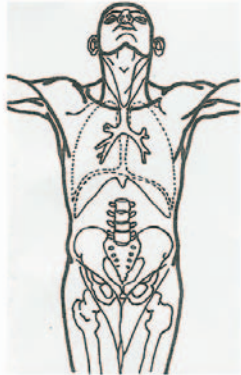
PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <día> de <mes> de <ano>  
 Asido. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:



COMENTARIOS ÁS PROBAS

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO  
 [Estudo de extensión] [Probas complementarias]

2/3

ÁMBITOS DE USO


**Servizos de Oncoloxía Médica dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.  
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO

 Escritura: **Facultativos dos servizos de Oncoloxía Médica dos hospitais.**

 Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**CONDICIÓN DE CUMRIMENTACIÓN**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**

Texto.  
Obrigatorio.

**ANTECEDENTES PERSOAIS**

Texto.  
Obrigatorio.

**ALERXIAS**

Texto.  
Obrigatorio.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Texto.  
Obrigatorio.

**ENFERMIDADE ACTUAL**

Texto.  
Obrigatorio.

**ANAMNESE POR APARELLOS**

Texto.  
Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

**TA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**FC**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**FR**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Tª**

Numérico (1).  
Non obrigatorio.

**Localización**

Combo.  
Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.  
Non obrigatorio.

**Peso**

Numérico (1).  
Non obrigatorio.  
Obrigatorio para o cálculo da superficie corporal.

**Talle**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.  
Obrigatorio para o cálculo da superficie corporal.

**Superficie corporal**

Numérico (3).  
Fórmula = SQR (Peso x Talle / 60)

**Creatinina sérica**

Numérico (1).  
Non obrigatorio.

**GFR**

Numérico (0).  
Fórmula (Homes) = (140 - Idade) x Peso / (72 x Creatinina sérica)  
Fórmula (Mulleres) = ((140 - Idade) x Peso / (72 x Creatinina sérica)) x 0,85

**PS**

Combo.  
Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5.  
Non obrigatorio.

**IK**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**COMENTARIOS ÁS PROBAS**

Texto.  
Non obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

Texto.  
Obrigatorio.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.  
Non obrigatorio.

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

**Localización**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Histoloxía**

Texto.  
Non obrigatorio.

**T**

Combo.  
Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4.  
Non obrigatorio.

**N**

Combo.

Valores: 0 / 1 / 2 / 3.

Non obrigatorio.

**M**

Combo.

Valores: 0 / 1.

Non obrigatorio.

**Estadio**

Combo.

Valores: I / Ia / Ib / Ic / II / IIa / IIb / IIc / III / IIIa / IIIb / IIIc / IV / IVa / IVb.

Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.

Obrigatorio.

Paciente: \_\_\_\_\_  
NIC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**RESUMO EVOLUTIVO**

**SERVIZO: ONCOLOXÍA MÉDICA**

**RESUMO EVOLUTIVO**

Localidade, <día> de <mes> de <ano>  
Asdo: Dr./a Nome e apelidos do facultativo

1/1

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Oncoloxía Médica dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.  
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Oncoloxía Médica dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

RESUME EVOLUTIVO

Texto.

Obrigatorio.

**Data:**

13/7/2005

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Torcuato Labela Caballero  
C.H. Universitario de Santiago.

Antonio Belinchón Adalid  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Jesús Fernández Silva  
C.H. de Pontevedra.

Carmelo Santidrián Hidalgo  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Miguel Costas Sueiras  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Román García de la Infanta  
C.H. de Ourense.

José Falagán Mota  
C.H. de Pontevedra.

Marta Carbajo Vicente  
C.H. Universitario de Vigo.

**Documentos elaborados:**

**Anamnese e exploración física.**

Alergoloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

**Otorrinolaringoloxía**

Pediatria

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: OTORRINOLARINGOLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS  
 [Enfermidades] [Intervencións] [Hábitos tóxicos] [Hixiene bucodental] [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

**ALERXIAS**

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANAMNESE POR APARELLOS

ENFERMIDADE ACTUAL

1/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

FOSAS NASAIS

Normal  D  E

VÍAS AERODIRESTIVAS SUPERIORES Normal

DEREITA ESQUERDA

T  N  M

3/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN FÍSICA

oído

DEREITA ESQUERDA DEREITA ESQUERDA

Normal  D  E  Normal  D  E

REGIÓN FACIAL

Parálise facial motora

Parálise facial sensitiva

Salvar   
 Lacrimal   
 Gustativa   
 Outros

2/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

PESCOZO Normal

DEREITA ESQUERDA

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <da> de <mes> de <ano>  
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Otorrinolaringoloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.  
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Otorrinolaringoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.  
Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.  
Obrigatorio.

ALERXIAS

Texto.  
Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.  
Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.  
Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.  
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Texto.  
Non obrigatorio.

**OÍDO**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Normal (pavillóns auriculares)**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**Normal (tímpanos)**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**REXIÓN FACIAL**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Parálise facial motora**

Combo.  
Valores: Normal / Disfunción media / Disfunción moderada / Disfunción moderada-severa / Disfunción severa / Parálise total.  
Non obrigatorio.

**Parálise facial vexetativa**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**FOSAS NAsAIS**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Normal**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**VÍAS AERODIXESTIVAS SUPERIORES**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**T**

Combo.  
Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4.  
Non obrigatorio.

**N**

Combo  
Valores: 0 / 1 / 2 / 3.  
Non obrigatorio.

**M**

Combo.  
Valores: 0 / 1.  
Non obrigatorio

**PESCOZO**

Texto.  
Non obrigatorio.  
Normal  
Check único.  
Non obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

Texto.  
Obrigatorio.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.  
Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.  
Obrigatorio.



**Data:**

27/2/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**Gerardo Rodríguez Valcárcel  
C.H. Universitario Juan Canalejo.José M<sup>a</sup> Garrido Pedraz  
C.H. de Ourense.Gonzalo González Lorenzo  
C.H. de Pontevedra.José Antonio Couceiro Gianzo  
C.H. Universitario de Vigo.**Grupo de documentalistas asistente:**Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.**Documentos elaborados:****Anamnese e exploración física.**

Alergoloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

**Pediatría**

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

Xinecoloxía

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

### ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

SERVIZO: PEDIATRÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA:

ANTECEDENTES PERINATAIS

EMBARAZO

TIPO DE FECUNDACIÓN

Natural   
 Artificial

DUR (dd/mm/aaaa) / / DPP (dd/mm/aaaa) / /  
Data de última ovulación / Data probable de parto

COMPLICACIÓN	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Antecedentes de aborto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Xestose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infeccións EGB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seroloxía VIH-VHC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seroloxía VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TORCH IgM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

### MODALIDADES DO PARTO

Eutócico  Episiotomía  SI  NON  Distócico  Cesárea

Instrumental  Instrumento:

Presentación:  Duración do parto (h):  Parto múltiple (º):

### ANEXOS

Placenta:   
 Córdón:

### NACIMENTO

Data de nacemento (dd/mm/aaaa) / / Hora de nacemento (h):

Peso natal (g):  Lonxitude (cm):  Perímetro cranial (cm):

Idade xestacional cronolóxica (sem):  Idade xestacional morfolóxica (sem):

Grupo sanguíneo:  Fbh +  -  Agglut 1º:  Agglut 2º:  Agglut 11º:

### REANIMACIÓN

Aspiración de secrecións

Oritotóxicas  Endotraxeais

Ventilación

Con ambú  Intubación  Aos minutos de vida (min):  Duración (min):

Méscara de oxixeno  Máscara cardíaca

Medicación:

3/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

### PARTO

Data do parto (dd/mm/aaaa) / / Hora do parto (h):

### RUPтура DA BOLSA DAS AUGAS

Data de ruptura (dd/mm/aaaa) / / Hora de ruptura (h):

Lugar: Domicilio  Hospital  Tipo:

### LÍQUIDO AMNÍOTICO

Canidade:  Cor:  Olor: Normal  Fétido

### REXISTRO CARDIOTORÁCICO

Taquicardia  Bradicardia  F.C. (batexos/min):   
Frecuencia cardíaca

Circular froxa  Circular aberta  Proceendencia:

### HIPERTERMIA MATERNA

Pre-intraparto (°C):

### MEDICACIÓN DURANTE O PARTO

Anestesia  Tempo antes do parto (h):   
 Anestesia  Tipos de anestesia:   
 Ocitócicos   
 Múlticos   
 Observacións:

2/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

### ANTECEDENTES PERSOALS

[Enfermidades] [Intervencións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]  
 [Medicación actual] [Calendario vacinal] [Metabolopatías] [Alimentación] [Desenvolvemento psicomotor]

### ALERXIAS

### ANTECEDENTES FAMILIARES

### Xenograma

Fallecido  
 Afectedo  
 Deceso/finde Non rotulado  
 Paciente

### ENFERMIDADE ACTUAL

### ANAMNESE POR APARELLOS

[Estado xeral] [Nutrición] [Pel e mucosas] [Onglos] [Oxos e articulacións] [Respiratorio]  
 [Circulatorio] [Dixestivo] [Uroxeñital] [Nervioso e psicomotor] [Boca, oídos e garganta]

### EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/min (mm Hg):  /  FC (batexos/min):  FR (resps/min):   
Estado arterial / Frecuencia cardíaca / Frecuencia respiratoria

Tº (°C):  -  Peso (kg):  Talle (cm):  IMC:   
Temperatura / Saturación / Índice de masa corporal (BMI)

Perímetro cranial (cm):

4/8

**SERGAS** Servizo Galego de Saude **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

ASPECTO XERAL Normal

DESENVOLVEMENTO SOMÁTICO Normal

NUTRICIÓN Normal

PEL E MUCOSAS Normal

MUSCULATURA Normal

ÓSOS E ARTICULACIÓNES Normal

GANGLIOS PERIFÉRICOS Normal


CRANIO E CARA Normal

5/8

**SERGAS** Servizo Galego de Saude **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

APARELLO RESPIRATORIO Normal



APARELLO DIXESTIVO Normal

ABDOME Normal

FÍGADO Normal

BAZO Normal

APARELLO XENITOURNARIO Normal

XENITAIS Normal


DESENVOLVEMENTO SEXUAL Normal

7/8


**SERGAS** Servizo Galego de Saude **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

BOCA E DENTICIÓN Normal



FARINXE Normal



PESCOZO Normal

APARELLO CIRCULATORIO Normal

SISTEMA NERVIOSO Normal

6/8

**SERGAS** Servizo Galego de Saude **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

XUÑO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
 Asdo. Dr./a Nome e apelidos do facultativo

8/8

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Pediatría dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Pediatría dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES PERINATAIS**

**EMBARAZO**

**TIPO DE FECUNDACIÓN**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Se “TIPO DE FECUNDACIÓN” = Artificial**

**Cadro de texto**

Texto

Obrigatorio.

**DUR**

Data.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**DPP**

**Data**

Fórmula = DUR + 280 días

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**COMPLICACIÓNS**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Outras**

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**PARTO**

**Data do parto**

Data.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Hora do parto**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**RUPTURA DA BOLSA DAS AUGAS**

**Data de ruptura**

Data.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Hora de ruptura**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Lugar**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Tipo**

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Líquido amniótico**

**Cantidade**

Combo.

Normal / Excesiva / Escasa.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cor**

Combo.

Normal / Meconial / Sanguíneo.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Olor**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**REXISTRO CARDIOTORÁCICO**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Se “REXISTRO EUROTORACICO” = Taquicardia / Bradicardia**

**FC**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**Circular frouxa/Circular apretada**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Procedencia**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**HIPERTERMIA MATERNA****Pre-intraparto**

Numérico (1)

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**MEDICACIÓN DURANTE O PARTO**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Se “MEDICIÓN DURANTE O PARTO” = Anestesia****Tempo antes do parto**

Numérico (0)

Obrigatorio.

**Se “MEDICIÓN DURANTE O PARTO” = Anestesia****Tipos de anestesia**

Texto.

Obrigatorio.

**Observacións**

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**MODALIDADES DO PARTO**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Se “MODALIDADES DO PARTO” = Eutócico****Episiotomía**

Check múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**Instrumental**

Check único

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Se “Instrumental” = check****Instrumento**

Combo.

Ventosa / Fórceps / Espátula.

Obrigatorio.

**Presentación**

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Duración do parto**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Parto múltiple**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**ANEXOS****Placenta**

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cordón**

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**NACEMENTO****Data de nacemento**

Data.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Hora de nacemento**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Peso natal**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Lonxitude**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Perímetro cranial**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Idade xestacional cronolóxica**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Idade xestacional morfolóxica**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Grupo sanguíneo**

Combo.

Valores: A / B / AB / O.

**Se “Grupo sanguíneo” = A / B / AB / O****Rh**

Check múltiple.

Excluínte.

Obligatorio.

**Appgar 1'**

Combo.

Valores: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Appgar 5'**

Combo.

Valores: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Appgar 10'**

Combo.

Valores: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**REANIMACIÓN****Aspiración de secrecións**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Ventilación**

Check múltiple.

Exclúinte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Aos minutos de vida**

Numérico (0)

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Duración**

Numérico (0)

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Máscara de osíxeno**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Masaxe cardíaca**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Medicación**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**ANTECEDENTES PERSOAIS**

Texto.

Obrigatorio.

**ALERXIAS**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Texto.

Obrigatorio.

**ENFERMIDADE ACTUAL**

Texto.

Obrigatorio.

**ANAMNESE POR APARELLOS**

Texto.

Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

**TA**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**FC**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**FR**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Tª**

Numérico (1)

Non obrigatorio.

**Localización**

Combo.

Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.

Non obrigatorio.

**Peso**

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**Talle**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**IMC**

Numérico (2).

Fórmula =  $\text{Peso} / \text{Talle}^2$

Non obrigatorio.

**Perímetro cranial**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**ASPECTO XERAL**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**DESENVOLVEMENTO SOMÁTICO**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**NUTRICIÓN**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**PEL E MUCOSAS**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**MUSCULATURA**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**ÓSOS E ARTICULACIÓNS**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**GANGLIOS PERIFÉRICOS****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**CRANIO E CARA****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**BOCA E DENTICIÓN****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**FARINXE****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**PESCOZO****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**APARELLO CIRCULATORIO****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**SISTEMA NERVIOSO****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**APARELLO RESPIRATORIO****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**APARELLO DIXESTIVO****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**ABDOME****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**FÍGADO****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**BAZO****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**APARELLO XENITOURINARIO****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**XENITAIS****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**DESENVOLVEMENTO SEXUAL****Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

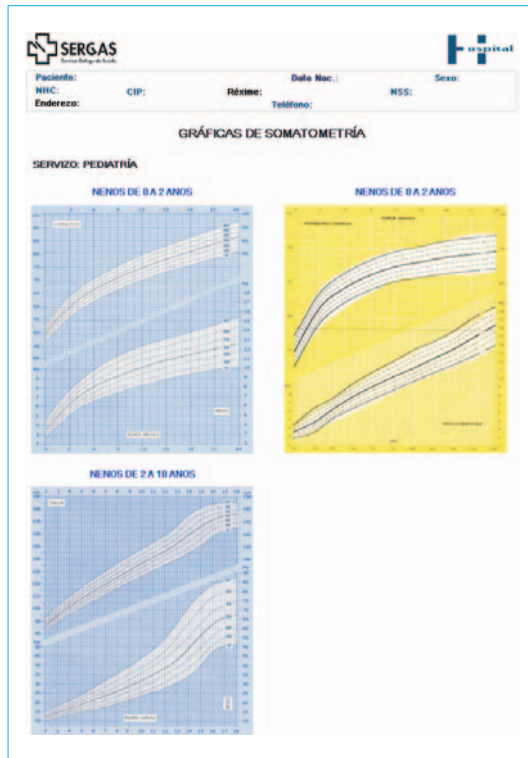
Texto.  
Obrigatorio.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

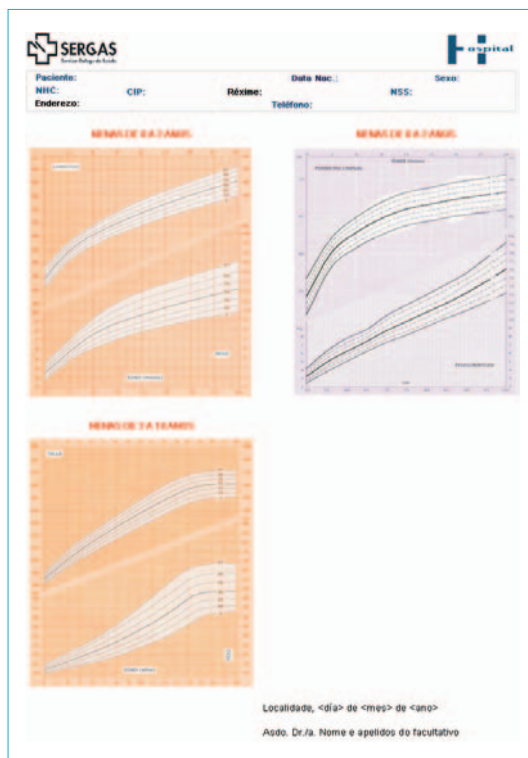
Texto.  
Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.  
Obrigatorio.



1/2



2/2



**Data:**

20/2/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Marina Blanco Aparicio  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

M<sup>a</sup> José Mejuto Martí  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Luis Pérez de Llano  
C.H. Xeral-Calde.

Luis Piñeiro Amigo  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Miguel Costas Sueiras  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire  
C.H. Xeral-Calde.

**Documentos elaborados:**

[Anamnese e exploración física.](#)

**Data:**

12/7/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

M<sup>a</sup> José Mejuto Martí  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Alberto Fernández Villar  
C.H. Universitario de Vigo

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ángel Facio Villanueva  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M<sup>a</sup> Holanda Rodríguez Vázquez  
C.H. Universitario de Vigo.

**Documentos elaborados:**

[Informe de endoscopia respiratoria.](#)

- [Alergoloxía](#)
- [Anestesioloxía e Reanimación](#)
- [Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)
- [Aparello Dixestivo](#)
- [Cardioloxía](#)
- [Cirurxía Cardíaca](#)
- [Cirurxía Maxilofacial](#)
- [Cirurxía Pediátrica](#)
- [Cirurxía Plástica](#)
- [Cirurxía Torácica](#)
- [Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)
- [Dermatoloxía](#)
- [Endocrinoloxía](#)
- [Hematoloxía Clínica](#)
- [Hospitalización a Domicilio](#)
- [Medicina Interna](#)
- [Medicina Intensiva](#)
- [Medicina Preventiva](#)
- [Nefroloxía](#)
- [Neurocirurxía](#)
- [Neurofisioloxía Clínica](#)
- [Neuroloxía](#)
- [Obstetricia](#)
- [Oftalmoloxía](#)
- [Oncoloxía Médica](#)
- [Otorrinolaringoloxía](#)
- [Pediatria](#)
- [Pneumoloxía](#)**
- [Psiquiatría](#)
- [Radiodiagnóstico](#)
- [Rehabilitación](#)
- [Reumatoloxía](#)
- [Traumatoloxía](#)
- [Uroloxía](#)
- [Xeriatria](#)
- [Xinecoloxía](#)

Paciente:  Data Nac.:  Sexo:   
 NIC:  CIP:  Réxime:  NSS:   
 Enderezo:  Teléfono:

### ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA

**SERVIZO: PNEUMOLOXÍA**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**

**ANTECEDENTES PERSONAIS**

Alcohol (grifa)  Fumador  Paquetes x ano   
 Ex-fumador  Desde hai  anos  meses

[Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]  
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

**ALERXIAS**

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**ENFERMIDADE ACTUAL**

**ANAMNESE POR APARELLOS**

1/2

Paciente:  Data Nac.:  Sexo:   
 NIC:  CIP:  Réxime:  NSS:   
 Enderezo:  Teléfono:

**ANAMNESE RESPIRATORIA**

Dispnea  Grao funcional de dispnea  Ronquidos   
 Ortopnea  Criterios clínicos de bronquite crónica  Apneas   
 Hipersomnias  Escala de Epworth  Hemoptise   
 Dispnea paroxística nocturna

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

TA máx/mín (mm Hg)  /  FC (batexos/min)  FR (resp/min)   
Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria

Tª (°C)  -   Peso (kg)  Taille (cm)  IMC   
Temperatura Corazón Peso Taille Índice de masa corporal

Saturación O<sub>2</sub> (%)  Cianose  Acropaquias  Ingurgitación xugular

**AUSCULTACIÓN PULMONAR**

**AUSCULTACIÓN CARDÍACA**

**XUZO CLÍNICO**

**PLAN DIAGNÓSTICO**

**PLAN TERAPÉUTICO**

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Pneumoloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Pneumoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES PERSOAIS**

**Alcohol**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Fumador/Ex-fumador**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Se “Fumador / Ex-fumador”= Fumador**

**Paquetes x ano**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**Se “Fumador / Ex-fumador”= Ex-fumador**

**Desde hai anos**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre meses.

**meses**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre anos.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**ALERXIAS**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Texto.

Obrigatorio.

**ENFERMIDADE ACTUAL**

Texto.

Obrigatorio.

**ANAMNESE POR APARELLOS**

Texto.

Non obrigatorio.

**ANAMNESE RESPIRATORIA**

**Dispnea**

Check único.

Non obrigatorio.

**Se “Dispnea”= check**

**Grao funcional de dispnea**

Combo.

Valores: 0 / 1 / 2 / 3 / 4.

Obrigatorio.

**Ortopnea**

Check único.

Non obrigatorio.

**Hipersomnia**

Check único.

Non obrigatorio.

**Criterios clínicos de bronquite crónica**

Check único.

Non obrigatorio.

**Escala de Epworth**

Combo.

Valores: 0 / 1 / 2 / 3.

Obrigatorio.

**Dispnea paroxística nocturna**

Check único.

Non obrigatorio.

**Ronquidos**

Check único.

Non obrigatorio.

**Apneas**

Check único.

Non obrigatorio.

**Hemoptise**

Check único.

Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

**TA**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**FC**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Peso**

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**Talle**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**IMC**

Numérico (2).

Fórmula =  $\text{Peso} / \text{Talle}^2$ .

Non obrigatorio.

**Saturación O<sub>2</sub>**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Cianose**

Check único.

Non obrigatorio.

**Acropaquias**

Check único.

Non obrigatorio.

**Ingurxitación xugular**

Check único.

Non obrigatorio.

**Auscultación pulmonar**

Texto.

Non obrigatorio.

**Auscultación cardíaca**

Texto.

Non obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

Texto.

Obrigatorio.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.

Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.

Obrigatorio.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Endereço: Teléfono:

**INFORME DE ENDOSCOPIA RESPIRATORIA**

SERVIZO: PNEUMOLOXÍA

SERVIZO SOLICITANTE

MÉDICO SOLICITANTE

PRIORIDADE

Urxente  Ordinaria

SITUACIÓN DO PACIENTE

Ambulante  Ingresado

MOTIVO DA PETICIÓN

ACHADOS

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

OBSERVACIÓNS

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Endereço: Teléfono:

**PROCEDEMENTOS DIAGNÓSTICOS**

BAS  Broncoaspirado  
 CB  Cepillado bronquial  
 BE  Biopsia bronquial  
 BTB  Biopsia transbronquial  
 LBA  Lavado broncoalveolar  
 PTB  Punción transbronquial

Outros

Culivos

BAS   
 LBA

Outros

Bacterianos  Micobacterias  Fungos  Outros

**RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE CONTROL**

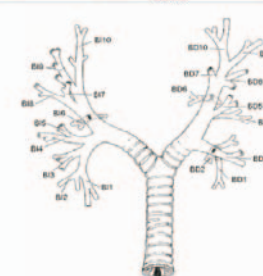
Si  Non

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Endereço: Teléfono:



PREMEDICACIÓN

SEDACIÓN

TOLERANCIA

Boa  Regular  Mala

APARELLO

REGISTRO DE IMAXES

Si  Non

2/3

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Neumoloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Neumoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

SERVIZO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

MÉDICO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

PRIORIDADE

Check múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

SITUACIÓN DO PACIENTE

Check múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

MOTIVO DA PETICIÓN

Texto.

Obrigatorio.

ACHADOS

Texto.

Obrigatorio.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Texto.

Obrigatorio.

OBSERVACIÓNS

Texto.

Non obrigatorio.

PREMEDICACIÓN

Texto.

Non obrigatorio.

SEDACIÓN

Texto.

Non obrigatorio.

TOLERANCIA

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

APARELLO

Texto.

Non obrigatorio.

REXISTRO DE IMAXES

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

PROCEDEMENTOS DIAGNÓSTICOS

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Outros**

Texto.

Non obrigatorio.

**Cultivos**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Se “Cultivos” = BAS / LBA / Outros**

**Bacterianos / Micobacterias / Fungos**

Check múltiple.

Obrigatorio.

Non excluínte.

**Outros**

Texto

Obrigatorio.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX DE CONTROL

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Data:**

8/3/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

**Manuel Espiñeira Álvarez**  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

**Antonio Núñez Pérez**  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

**Luis Villa Pillado**  
C.H. Xeral-Calde.

**Ignacio Gómez Reino**  
C.H. de Ourense.

**Purificación Sevilla Formariz**  
C.H. de Ourense.

**José María Blanco Lobeiras**  
C.H. de Pontevedra.

**Felix Javier Pérez Montoto**  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

**Miguel Costas Sueiras**  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

**Jesús Conde Freire**  
C.H. Xeral-Calde.

**Documentos elaborados:**

**Anamnese e exploración física.**

Alergoloxía  
Anestesioloxía e Reanimación  
Anxioloxía e Cirurxía Vascular  
Aparello Dixestivo  
Cardioloxía  
Cirurxía Cardíaca  
Cirurxía Maxilofacial  
Cirurxía Pediátrica  
Cirurxía Plástica  
Cirurxía Torácica  
Cirurxía Xeral e Dixestiva  
Dermatoloxía  
Endocrinoloxía  
Hematoloxía Clínica  
Hospitalización a Domicilio  
Medicina Interna  
Medicina Intensiva  
Medicina Preventiva  
Nefroloxía  
Neurocirurxía  
Neurofisioloxía Clínica  
Neuroloxía  
Obstetricia  
Oftalmoloxía  
Oncoloxía Médica  
Otorrinolaringoloxía  
Pediatria  
Pneumoloxía  
**Psiquiatría**  
Radiodiagnóstico  
Rehabilitación  
Reumatoloxía  
Traumatoloxía  
Uroloxía  
Xeriatria  
Xinecoloxía




Paciente:  Data Nac.:  Sexo:   
 NHC:  CIP:  Réxime:  NSS:   
 Enderezo:  Teléfono:

### ANAMNESE E EXPLORACIÓN CLÍNICA

**SERVIZO: PSQUIATRÍA**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**  
 [Derivación] [Tipo de ingreso]

**ANTECEDENTES PERSOAIS**  
 [Similicos] [Psiquiátricos] [Etiolóxicos] [Medicación actual] [Outros]

**ALERXIAS**

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**ENFERMIDADE ACTUAL**

**ANAMNESE POR APARELLOS**

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

TA máx/mín (mm Hg)  /  FC (batexos/min)  FR (resp/min)   
Tensión arterial Frecuencia cardíaca Frecuencia respiratoria

Tª (°C)  -  Peso (kg)  Talle (cm)  IMC   
Temperatura Humidade Peso Talle Índice de masa corporal (kg/m²)

1/2




Paciente:  Data Nac.:  Sexo:   
 NHC:  CIP:  Réxime:  NSS:   
 Enderezo:  Teléfono:

**EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓXICA**  
 [Contacto e presentación] [Consciencia, atención, memoria e orientación] [Sensopercepción]  
 [Autopercepción e trastornos do eu] [Contido do pensamento] [Curso do pensamento e linguaxe]  
 [Estado de ánimo e afectividade] [Psicomotricidade] [Intelectencia] [Vida estívolva] [Outros]

**XUÍZO CLÍNICO**



**PLAN DIAGNÓSTICO**

**PLAN TERAPÉUTICO**

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2



<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p><b>Servizos de Psiquiatría dos hospitais.</b></p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p><b>Hospitalización.</b></p> <p><b>Consultas externas.</b></p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: <b>Facultativos dos servizos de Psiquiatría dos hospitais.</b></p> <p> Consulta: <b>Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</b></p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</b></p> <p><b>MOTIVO DE ASISTENCIA</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ANTECEDENTES PERSOAIS</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ALERXIAS</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>ENFERMIDADE ACTUAL</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>ANAMNESE POR APARELLOS</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>EXPLORACIÓN FÍSICA</b></p> <p><b>TA</b></p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>FC</b></p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p><b>FR</b></p> <p>Númérico (0).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>Tª</b></p> <p>Númérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>Localización</b></p> <p>Combo.</p> <p>Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transtimpánica.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>Peso</b></p> <p>Númérico (1).</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p> <p><b>Talle</b></p> <p>Númérico (0).</p> <p>Obrigatorio para o cálculo do IMC.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>IMC</b></p> <p>Númérico (2)</p> <p>Fórmula = <math>\text{Peso} / \text{Talle}^2</math></p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>Cadro de texto</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓXICA</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p>	<p><b>XUÍZO CLÍNICO</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>PLAN DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>PLAN TERAPÉUTICO</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Data:**

23/6/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Gonzalo Martínez Sande  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

M<sup>a</sup> José Ramil Fraga  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Isabel Rodríguez Sobrino  
C.H. de Ourense.

Estrella González Gómez  
C.H. de Pontevedra.

Irene Esperón Rodríguez  
C.H. Universitario de Vigo.

José M<sup>a</sup> Alonso Ramos  
Secretaría Xeral do Sergas.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Jesús Conde Freire  
C.H. Xeral-Calde.

**Documentos elaborados:**

[Anamnese e avaliación psicolóxica clínica.](#)

[Informe psicolóxico.](#)

[Informe de peritación psicolóxica.](#)

[Alerxoloxía](#)

[Anestesioloxía e Reanimación](#)

[Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)

[Aparello Dixestivo](#)

[Cardioloxía](#)

[Cirurxía Cardíaca](#)

[Cirurxía Maxilofacial](#)

[Cirurxía Pediátrica](#)

[Cirurxía Plástica](#)

[Cirurxía Torácica](#)

[Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)

[Dermatoloxía](#)

[Endocrinoloxía](#)

[Hematoloxía Clínica](#)

[Hospitalización a Domicilio](#)

[Medicina Interna](#)

[Medicina Intensiva](#)

[Medicina Preventiva](#)

[Nefroloxía](#)

[Neurocirurxía](#)

[Neurofisioloxía Clínica](#)

[Neuroloxía](#)

[Obstetricia](#)

[Oftalmoloxía](#)

[Oncoloxía Médica](#)

[Otorrinolaringoloxía](#)

[Pediatria](#)

[Pneumoloxía](#)

**Psiquiatría**

[Radiodiagnóstico](#)

[Rehabilitación](#)

[Reumatoloxía](#)

[Traumatoloxía](#)

[Uroloxía](#)

[Xeriatria](#)

[Xinecoloxía](#)

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E AVALIACIÓN PSICOLÓGICA CLÍNICA**

SERVIZO: PSQUIATRÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA  
 [Derivación] [Tipo de ingreso]

ANTECEDENTES PERSOAIS  
 [Simbólicos] [Psiquiátricos] [Psicolóxicos] [Biográficos] [Medicación actual] [Outros]

ANTECEDENTES FAMILIARES

Xenograma

Fallecido  
 Afectado  
 Desconhecido  
 Non estudado  
 Pasado

SITUACIÓN ACTUAL

EXPLORACIÓN FÍSICA  
 Peso (kg)  Talle (cm)  IMC   
Índice de masa corporal (kg/m²)

1/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ESCALAS DE INTELIXENCIA**

ESCALA WECHSLER DE INTELIXENCIA

**4 - 6 anos WPPSI**

PROBAS VERBAIS	Puntuación directa	Puntuación típica	PROBAS MANIPULATIVAS	Puntuación directa	Puntuación típica
Información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casa de animais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vocabulario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Figuras incompletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Labirintos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semeanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debuxo xeométrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cadros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relest casa de animais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puntuación manipulativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI	<input type="checkbox"/>		CI	<input type="checkbox"/>	
PUNTUACIÓN TOTAL <input type="checkbox"/>					

**6 - 16 anos WISC-R**

PROBAS VERBAIS	Puntuación directa	Puntuación típica	PROBAS MANIPULATIVAS	Puntuación directa	Puntuación típica
Información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Figuras incompletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semeanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cubos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vocabulario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rompecabezas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chaves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Dixtos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Puntuación verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Puntuación manipulativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CI	<input type="checkbox"/>		CI	<input type="checkbox"/>	
PUNTUACIÓN TOTAL <input type="checkbox"/>					

3/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓXICA**  
 [Contacto e presentación] [Consciencia, atención, memoria e orientación] [Sensopercepción]  
 [Autopercepción e trastornos de eu] [Contido do pensamento] [Curso do pensamento e linguaxe]  
 [Estado de ánimo e afectividade] [Psicomotricidade] [Intelixencia] [Vida instintiva] [Outros]

**AVALIACIÓN PSICOSOCIAL**  
 [Adherencia a tratamentos previos] [Recursos persoais] [Apoio psicosocial]  
 [Confrontamento e actitudes diante da enfermidade e tratamentos] [Outros]

**AVALIACIÓN PSICOMÉTRICA**

ESCALAS

ESCALAS DE DESENVOLVEMENTO

ESCALA DE BRUNET-LÉZINE

Resultado   
 Comentarios

ESCALA GESSELL DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL

Resultado   
 Comentarios

ESCALA OBSERVACIONAL DE DESENVOLVEMENTO (REGADAS)

Resultado   
 Comentarios

ESCALA BAYLEY DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL

Resultado   
 Comentarios

2/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**Adultos waio-III**

Puntuacións escalares segundo a idade

TEST	Puntuación directa	Puntuación verbal	Puntuación manipulativa
FI - Figuras incompletas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V - Vocabulario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CN - Chave de números	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S - Semeanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CC - Cubos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A - Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MA - Matrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D - Díxitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I - Información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HI - Historietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C - Comprensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BS - Busca de símbolos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L - Letras e números	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RO - Quebracabezas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suma de punt. escalares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pt TOTAL DA ESCALA (verbal + manipulativa)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN	CI	CI	CI
Suma de punt. escalares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comentarios	<input type="text"/>		

4/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
Enderezo: Teléfono:

**MATRICES PROGRESIVAS RAVEN**

Punt. A  Discr. A   
 Punt. B  Discr. B   
 Punt. C  Discr. C   
 Punt. D  Discr. D   
 Punt. E  Discr. E   
 TOTAL:  CENTIL:  Tempo total empregado:  min  Gros equiv:

Comentarios:

**ESCALAS NEUROPSICOLÓGICAS**

**MMSE DE FOLSTEIN**

Resultado:   
Comentarios:

**TRAIL MAKING TEST**

Resultado:  min  seg  
Comentarios:

**ESCALAS DE PERSONALIDADE E PSICOPATOLÓXICAS**

**CUESTIONARIO DE PERSONALIDADE (MMPI-2)**

VALIDEZ			BÁSICAS									
L	F	K	1.Hs	2.D	3.Hy	4.Pd	5.Mt	6.Pa	7.Pt	8.Sc	9.Ma	0.Si
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Facción K</b>			0,6 K		0,4 K		1 K	1 K	0,2 K			
<b>PD contida</b>			<input type="checkbox"/>									

Comentarios:

5/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
Enderezo: Teléfono:

**B - ABUSO DO ALCOHOL**   
**T - ABUSO DAS DROGAS**

**Síndromes clínicas (gravidade severa)**

SS - PENSAMENTO PSICÓTICO   
 CC - DEPRESIÓN MAIOR   
 PP - TRASTORNO DELIRANTE

Comentarios:

**TEST PROXECTIVOS**

Comentarios:

**STAI (INVENTARIO DE ANSIEDADE ESTADO-RISCO)**

Resultado: Ansiedade-estado:  Ansiedade-disc:   
Comentarios:

**INVENTARIO DE ANSIEDADE DE BECK**

Resultado:   
Comentarios:

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

Resultado:   
Comentarios:

**ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)**

Resultado: Ansiedade:  Depresión:  TOTAL:   
Comentarios:

7/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
Enderezo: Teléfono:

**MCMII - INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXAL DE MILLON**

Escala: Puntuación TB

V - VALIDEZ   
 X - SINCERIDADE   
 Y - DESEXABILIDADE   
 Z - ALTERACIÓN

**Escala básica**

1 - ESQUIZOIDE   
 2 - FÓBICA   
 3 - DEPENDENTE   
 4 - HISTRÓNICA   
 5 - NARCISISTA   
 6A - ANTISOCIAL   
 6B - AGRESIVO/SADICA   
 7 - COMPULSIVA   
 8A - PASIVO/AGRESIVA   
 8B - AUTODESTRUTIVA

**Personalidade patolóxica**

S - ESQUIZOTÍPICA   
 C - LÍMITE   
 D - PARANOIDE

**Síndromes clínicas (gravidade moderada)**

A - ANSIEDADE   
 H - HISTERIFORME   
 N - HIPOMANÍA   
 D - NEUROSE DEPRESIVA

6/8

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
Enderezo: Teléfono:

**XUZO CLÍNICO**

**PLAN DIAGNÓSTICO**

**PLAN TERAPÉUTICO**

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
Aso. Dr./a. Nome e apelidos do profesional

8/8

ÁMBITOS DE USO

**Unidades de Psicología Clínica dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.  
Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Profesionais das unidades de Psicología Clínica dos hospitais.**



Consulta: **Todos os profesionais de Psicología Clínica e facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.  
Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.  
Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.  
Non obrigatorio.

SITUACIÓN ACTUAL

Texto.  
Obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

**Peso**

Numérico (1).  
Non obrigatorio.  
Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**Talle**

Numérico (0).  
Obrigatorio para o cálculo do IMC.  
Non obrigatorio.

**IMC**

Numérico (2).  
Fórmula =  $\text{Peso} / \text{Talle}^2$ .  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓXICA

Texto.  
Non obrigatorio.

AVALIACIÓN PSICOSOCIAL

Texto.  
Non obrigatorio.

AVALIACIÓN PSICOMÉTRICA

ESCALAS

ESCALAS DE DESENVOLVEMENTO

ESCALA DE BRUNET-LÉZINE

**Resultado**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

ESCALA GESSELL DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL

**Resultado**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

ESCALA OBSERVACIONAL DE DESENVOLVEMENTO (SECADAS) DE

**Resultado**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

ESCALA BAYLEY DE DESENVOLVEMENTO INFANTIL

**Resultado**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

ESCALAS DE INTELIXENCIA

ESCALA WECHSLER DE INTELIXENCIA

**4 - 6 anos WPPSI**

**PROBAS VERBAIS**

**Puntuación directa / Puntuación típica**

Non excluínte.

**Información**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Vocabulario**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Aritmética**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Semellanzas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comprensión**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Frases**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Puntuación verbal**

Numérico (0).  
Fórmula = Suma (PROBAS VERBAIS)  
Non obrigatorio.

**CI**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**PROBAS MANIPULATIVAS**

**Puntuación directa / Puntuación típica**

Non excluínte.

**Casa de animais**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Figuras incompletas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Labirintos**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Debuxo xeométrico**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Cadrados**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Retest casa de animais**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Puntuación manipulativa**

Numérico (0).  
Fórmula = Suma (PROBAS  
MANIPULATIVAS)  
Non obrigatorio.

**CI**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**PUNTUACIÓN TOTAL**

Numérico (0).  
Fórmula = PROBAS VERBAIS +  
PROBAS MANIPULATIVAS  
Non obrigatorio.

**6 - 16 anos WISC-R**

**PROBAS VERBAIS**

**Puntuación directa / Puntuación típica**

Non excluínte.

**Información**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Semellanzas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Aritmética**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Vocabulario**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comprensión**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**(Dixitos)**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Puntuación verbal**

Numérico (0).  
Fórmula = Suma (PROBAS VERBAIS)  
Non obrigatorio.

**CI**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**PROBAS MANIPULATIVAS**

**Puntuación directa / Puntuación típica**

Non excluínte.

**Figuras incompletas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Historietas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Cubos**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Quebracabezas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Chaves**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Puntuación manipulativa**

Numérico (0).  
Fórmula = Suma (PROBAS  
MANIPULATIVAS)  
Non obrigatorio.

**CI**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**PUNTUACIÓN TOTAL**

Numérico (0).  
Fórmula = PROBAS VERBAIS +  
PROBAS MANIPULATIVAS  
Non obrigatorio.

**ADULTOS WAIS-III**

**Puntuación directa / Puntuación verbal /  
Puntuación manipulativa**

Non excluínte.

**TEST**

**FI - Figuras incompletas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**V - Vocabulario**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**CN - Chave de números**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**S - Semellanzas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**CC - Cubos**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**A - Aritmética**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**MA - Matrices**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**D - Díxitos**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**I - Información**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**HI - Historietas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**C - Comprensión**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**BS - Busca de símbolos**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**L - Letras e números**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**RO - Quebracabezas**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Suma de punt. escalares (Puntuación verbal)**

Numérico (0).  
Fórmula = Suma (TEST Puntuación verbal)  
Non obrigatorio.

**Suma de punt. escalares (Puntuación manipulativa)**

Numérico (0).  
Fórmula = Suma (TEST Puntuación manipulativa)  
Non obrigatorio.

**Pe TOTAL DA ESCALA (verbal + manipulativa)**

Numérico (0).  
Fórmula = (TEST Puntuación verbal) + (TEST Puntuación manipulativa)  
Non obrigatorio.

**PUNTUACIONES**

**Suma de punt. escalares**

**CIV**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**CIM**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**CIT**  
Numérico (0).  
Fórmula = CIV + CIM  
Non obrigatorio.

**Comentarios**  
Texto.  
Non obrigatorio.

**MATRICES PROGRESIVAS RAVEN**

**Punt. A**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Punt. B**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Punt. C**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Punt. D**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Punt. E**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**TOTAL**  
Numérico (0).  
Fórmula = Punt. A + Punt. B + Punt. C + Punt. D + Punt. E  
Non obrigatorio.

**Discr. A**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Discr. B**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Discr. C**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Discr. D**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Discr. E**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**CENTIL**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Tempo total empregado**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Grao equiv.**  
Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**  
Texto.  
Non obrigatorio.

**ESCALAS NEUROPSICOLÓGICAS**

**MMSE DE FOLSTEIN**

**Resultado**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

**TRAIL MAKING TEST**

**min**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**seg**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

**ESCALAS DE PERSONALIDADE E PSICOPATOLÓXICAS**

**QUESTIONARIO DE PERSONALIDADE (MMPI-2)**

**VALIDEZ**

**L**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**F**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**K**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**BÁSICAS**

**1.Hs**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**2.D**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**3.Hy**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**4.Pd0**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**5.Mf**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**6.Pa**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**7.Pt**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**8.Sc**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**9.Ma**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**0.Si**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Fracción K**

**0,5 K**  
Numérico (1).  
Non obrigatorio.

**0,4 K**

Numérico (1).  
Non obrigatorio.

**1 K**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**1 K**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**0,2 K**

Numérico (1).  
Non obrigatorio.

**PD corrixida**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

**MCMII INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON**

**Escalas**

**V - VALIDEZ**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**X - SINCERIDADE**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Y - DESEXABILIDADE**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Z - ALTERACIÓN**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Escalas básicas**

**1 - ESQUIZOIDE**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**2 - FÓBICA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**3 - DEPENDENTE**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**4 - HISTRIÓNICA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**5 - NARCISISTA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**6A - ANTISOCIAL**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.



**6B - AGRESIVO/SÁDICA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**7 - COMPULSIVA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**8A - PASIVO/AGRESIVA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**8B - AUTODESTRUTIVA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Personalidade patolóxica**

**S - ESQUIZOTÍPICA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**C - LÍMITE**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**D - PARANOIDE**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Síndromes clínicas (gravidade moderada)**

**A - ANSIEDADE**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**H - HISTERIFORME**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**N - HIPOMANÍA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**D - NEUROSE DEPRESIVA**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**B - ABUSO DO ALCOHOL**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**T - ABUSO DAS DROGAS**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Síndromes clínicas (gravidade severa)**

**SS - PENSAMENTO PSICÓTICO**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**CC - DEPRESIÓN MAIOR**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**PP - TRASTORNO DELIRANTE**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

**TEST PROXECTIVOS**

Comentarios  
Texto.  
Non obrigatorio.

**STAI (INVENTARIO DE ANSIEDADE ESTADO-RISCO)**

**Resultado**

**Ansiedade-estado**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Ansiedade-risco**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

**INVENTARIO DE ANSIEDADE DE BECK**

**Resultado**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

**Resultado**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

**ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HAD)**

**Resultado**

**Ansiedade**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Depresión**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**TOTAL**

Numérico (0).  
Fórmula = Ansiedade + Depresión.  
Non obrigatorio.

**Comentarios**

Texto.  
Non obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

Texto.  
Obrigatorio.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.  
Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.  
Obrigatorio.



Paciente: \_\_\_\_\_  
NIIC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORME PSICOLÓGICO**

SERVIZO: PSIQUIATRÍA

ACTITUDE DURANTE A EXPLORACIÓN

PROBAS ADMINISTRADAS

RESULTADOS DAS PROBAS

CONCLUSIÓN

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do profesional

ÁMBITOS DE USO

**Unidades de Psicología Clínica dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.  
Consultas externas.  
Urxencias.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Profesionais das unidades de Psicología Clínica dos hospitais.**



Consulta: **Todos os profesionais de Psicología Clínica e facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

ACTITUDE DURANTE A EXPLORACIÓN

Texto.  
Non obrigatorio.

PROBAS ADMINISTRADAS

Texto.  
Non obrigatorio.

RESULTADOS DAS PROBAS

Texto.  
Non obrigatorio.

CONCLUSIÓN

Texto.  
Non obrigatorio.

**INFORME PERITACIÓN PSICOLÓGICA**

SERVIZO: PSIQUIATRÍA

D./D<sup>a</sup>: , especialista en Psicología  
Clínica, realizou a avaliación psicolóxica a D./D<sup>a</sup>:   
de acordo coa orde nº  do Xulgado de   
procedemento abreviado nº .

Para a elaboración deste informe utilizáronse

**PARTE EXPOSITIVA**

1.- Antecedentes

2.- Desenvolvemento psicoevolutivo

3.- Resultados das exploracións psicolóxicas

4.- Diagnóstico

**PARTE REFLEXIVA**

**PARTE CONCLUSIVA**

Localidade, <día> de <mes> de <ano>  
Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do profesional

1/1

ÁMBITOS DE USO

**Unidades de Psicología Clínica dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.  
Consultas externas.  
Urxencias**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Profesionais das unidades de Psicología Clínica dos hospitais.**



Consulta: **Todos os profesionais de Psicología Clínica e facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**D/Dª.**

Texto.  
Obrigatorio.

**D/Dª.**

Texto.  
Obrigatorio.

**orde nº**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Xulgado de**

Texto.  
Non obrigatorio.

**procedemento abreviado nº**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Para a elaboración deste informe utilizáronse**

Texto.  
Non obrigatorio.

**PARTE EXPOSITIVA**

**1.- Antecedentes**

Texto.  
Non obrigatorio.

**2.- Desenvolvemento psicoevolutivo**

Texto.  
Non obrigatorio.

**3.- Resultados das exploracións psicolóxicas**

Texto.  
Non obrigatorio.

**4.- Diagnóstico**

Texto.  
Non obrigatorio.

**PARTE REFLEXIVA**

Texto.  
Non obrigatorio.

**PARTE CONCLUSIVA**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Data:**

25/1/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

**María José Martínez-Sapiña Llamas**  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

**Marcelino del Castillo Fraile**  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

**Julio Rodríguez García**  
C.H. Xeral-Calde.

**Luis Puig Pérez-Quevedo**  
C.H. de Pontevedra.

**Pedro Sanjurjo de la Fuente**  
C.H. Universitario de Vigo.

**Juan Manuel Vieito Fuentes**  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

**Miguel Costas Sueiras**  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

**Jesús Conde Freire**  
C.H. Xeral-Calde.

**Documentos elaborados:**[Informe de radioloxía.](#)[Alergoloxía](#)[Anestesioloxía e Reanimación](#)[Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)[Aparello Dixestivo](#)[Cardioloxía](#)[Cirurxía Cardíaca](#)[Cirurxía Maxilofacial](#)[Cirurxía Pediátrica](#)[Cirurxía Plástica](#)[Cirurxía Torácica](#)[Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)[Dermatoloxía](#)[Endocrinoloxía](#)[Hematoloxía Clínica](#)[Hospitalización a Domicilio](#)[Medicina Interna](#)[Medicina Intensiva](#)[Medicina Preventiva](#)[Nefroloxía](#)[Neurocirurxía](#)[Neurofisioloxía Clínica](#)[Neuroloxía](#)[Obstetricia](#)[Oftalmoloxía](#)[Oncoloxía Médica](#)[Otorrinolaringoloxía](#)[Pediatria](#)[Pneumoloxía](#)[Psiquiatría](#)**Radiodiagnóstico**[Rehabilitación](#)[Reumatoloxía](#)[Traumatoloxía](#)[Uroloxía](#)[Xeriatría](#)[Xinecoloxía](#)



Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
Enderezo: Teléfono:

### INFORME DE RADIOLOXÍA

SERVIZO: RADIODIAGNÓSTICO

Data de realización (dd/mm/aaaa)  /  /  Informe Nº

Enviar a

SOLICITANTE  Centro/Servizo  
 Médico

Prioridade  Situación do paciente  Ambulante  Ingresado  Cama Nº

EXPLORACIÓNS

Código	Descrición
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data (dd/mm/aaaa)  /  /  Portátil  S  N  Quirófano  S  N

DATOS CLÍNICOS/SOSPEITA DIAGNÓSTICA DA SOLICITUDE

DATOS CLÍNICOS/SOSPEITA DIAGNÓSTICA



ACHADOS

CONCLUSIÓNS

RADIÓLOGO/A  RESIDENTE

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>

Validado por: Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p><b>Servizos de Radiodiagnóstico dos hospitais.</b></p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p><b>Hospitalización.</b> <b>Consultas externas.</b></p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: <b>Facultativos dos servizos de Radiodiagnóstico dos hospitais.</b></p> <p> Consulta: <b>Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</b></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</b></p> <p><b>Data de realización</b></p> <p>Data. Obrigatorio.</p> <p><b>Informe Nº</b></p> <p>Numérico (0). Obrigatorio.</p> <p><b>Enviar a</b></p> <p>Texto. Obrigatorio.</p> <p><b>SOLICITANTE</b></p> <p><b>Centro/Servizo</b></p> <p>Texto. Obrigatorio.</p> <p><b>Médico</b></p> <p>Texto. Obrigatorio.</p> <p><b>Prioridade</b></p> <p>Combo. Valores: Ordinaria / Preferente / Urxente. Obrigatorio.</p> <p><b>Situación do paciente</b></p> <p>Check múltiple. Excluínte. Obrigatorio.</p> <p><b>Cama Nº</b></p> <p>Numérico (0). Obrigatorio.</p>	<p><b>EXPLORACIÓNS</b></p> <p><b>Código</b></p> <p>Numérico (0). Obrigatorio.</p> <p><b>Descrición</b></p> <p>Texto. Obrigatorio.</p> <p><b>Data</b></p> <p>Data. Obrigatorio.</p> <p><b>Portátil</b></p> <p>Check múltiple. Excluínte. Non obrigatorio.</p> <p><b>Quirófano</b></p> <p>Check múltiple. Excluínte. Non obrigatorio.</p> <p><b>DATOS CLÍNICOS/SOSPEITA DIAGNÓSTICA DA SOLICITUDE</b></p> <p>Texto. Obrigatorio.</p> <p><b>DATOS CLÍNICOS/SOSPEITA DIAGNÓSTICA</b></p> <p>Texto. Obrigatorio.</p> <p><b>ACHADOS</b></p> <p>Texto. Obrigatorio.</p>	<p><b>CONCLUSIÓNS</b></p> <p>Texto. Obrigatorio.</p> <p><b>RADIÓLOGO/A</b></p> <p>Texto. Obrigatorio.</p> <p><b>RESIDENTE</b></p> <p>Texto. Non obrigatorio.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**Data:**

9/3/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

M<sup>a</sup> Concepción Baamonde Pedreira  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Alfonso Tobío Iglesias  
C.H. de Pontevedra.

Antonio Calderón González  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Román García de la Infanta  
C.H. de Ourense.

M<sup>a</sup> Holanda Rodríguez Vázquez  
C.H. Universitario de Vigo.

**Documentos elaborados:**[Anamnese e exploración física.](#)[Alergoloxía](#)[Anestesioloxía e Reanimación](#)[Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)[Aparello Dixestivo](#)[Cardioloxía](#)[Cirurxía Cardíaca](#)[Cirurxía Maxilofacial](#)[Cirurxía Pediatría](#)[Cirurxía Plástica](#)[Cirurxía Torácica](#)[Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)[Dermatoloxía](#)[Endocrinoloxía](#)[Hematoloxía Clínica](#)[Hospitalización a Domicilio](#)[Medicina Interna](#)[Medicina Intensiva](#)[Medicina Preventiva](#)[Nefroloxía](#)[Neurocirurxía](#)[Neurofisioloxía Clínica](#)[Neuroloxía](#)[Obstetricia](#)[Oftalmoloxía](#)[Oncoloxía Médica](#)[Otorrinolaringoloxía](#)[Pediatría](#)[Pneumoloxía](#)[Psiquiatría](#)[Radiodiagnóstico](#)**Rehabilitación**[Reumatoloxía](#)[Traumatoloxía](#)[Uroloxía](#)[Xeriatria](#)[Xinecoloxía](#)

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: REHABILITACIÓN

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS  
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]  
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALLERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg) / F.C. (ataxou/min) F.R. (resp/min)

Tª (°C) - Peso (kg) Talle (cm) IMC

1/7

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Teléfono:

Loxitude articular

Lesións cutáneas

Cardíaca e respiratoria

Outros

TALLE PESO

Talle de pé (cm) Peso (kg)

Talle sentado (cm)

FRECHAS SAGITAIS FRECHAS FRONTAIS XIBAS

Cervical (cm) Cervical (cm) Cervical (cm)

Dorsal (cm) Dorsal (cm) Dorsal (cm)

Lumbar (cm) Lumbar (cm) Lumbar (cm)

Sacro (cm) Dorso-lumbar (cm)

DOR

[Tipos] [Tratamentos recibidos]

DIAGRAMA EN ESTRELA

RADIOGRAFÍA CURVA FRONTAL

SEGMENTO CERVICAL SEGMENTO DORSAL

Ángulo de Cobb (°) Ángulo de Cobb (°)

APEX APEX

Rotación (°) Rotación (°)

RISGER RISGER

Dimetría MM II. (cm) Dimetría MM II. (cm)

3/7

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Teléfono:

EXPLORACIÓN FUNCIONAL

PROTOCOLOS CLÍNICOS

REHABILITACIÓN DE DESVIACIÓNS VERTEBRAIS

BIPEDESTACIÓN

Ombros

Escápulas

Triángulo talo

Pelve

Calda tronco

Corrección alza

DECÚBITO

Deformidades tórax

Retraccións

Cadeiras

Membros inferiores

Xeonlos

Redución decúbito

Pés

Outros

NEUROLÓXICO

Forza

Sensibilidade

Reflexos

2/7

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Teléfono:

SEGMENTO LUMBAR

Ángulo de Cobb (°)

APEX

Rotación (°)

RISGER

Dimetría MM II. (cm)

RADIOGRAFÍA CURVA SAGITAL

SEGMENTO D4-D12 SEGMENTO L1-L5

Angulación (°) Angulación (°)

Acuñamento Acuñamento

Graos acuñamento (°) Graos acuñamento (°)

Irregularidade vertebral Irregularidade vertebral

Listese Listese

Outros

REHABILITACIÓN DO SOLO PÉLVICO

SÍNTOMA PRINCIPAL

Fugas diurnas

Fugas nocturnas

PERDAS DE URINA

Intensidade

Frecuencia

Diario miccional

4/7

**SERGAS** Sistema Integrado de Registros de Galicia **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**TIPO DE PROTECCIÓN**  
 Compresas:   
 Número:

**ESTIMULOS DESENCADADORES** **STOP-TEST**  
 Tose  Stop-test   
 Estímo   
 Camiñar

**NECESIDADE URINARIA** **TIPO DE MICCIÓN** **PROLAPSO XENITAL**  
 Normal  Fácil  Crúsculo   
 Impetuosa  Dolorosa  Histeroceto   
 Insidiosa  Estorzo  Rectoceto   
 Ausente  Insensíbel  Enteroceto   
 Urgencia  Sens. residual   
 Retención  Ardor

**MEDICACIÓN ACTUAL**

**CIRURXÍA**  
 De incontinencia   
 Xinecolóxica   
 Outras

**INFECCIÓN DO TRACTO URINARIO**

5/7

**SERGAS** Sistema Integrado de Registros de Galicia **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**PROBAS COMPLEMENTARIAS**

**XUÍZO CLÍNICO**

**PLAN DIAGNÓSTICO**

**PLAN TERAPÉUTICO**  
 Médico  Terapia ocupacional  Enfermaria  Logopedia   
 Psicológo  Técnico ortopédico  Asistente social  Fisioterápico   
 Outros

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

7/7

**SERGAS** Sistema Integrado de Registros de Galicia **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**REHABILITACIÓN DE AMPUTADOS**

**REHABILITACIÓN CARDIORRESPIRATORIA**

**REHABILITACIÓN FONIÁTRICA**

**REHABILITACIÓN INFANTIL**

**REHABILITACIÓN DE LESIONADOS MEDULARES**

**REHABILITACIÓN DE LINFEDEMAS**

**REHABILITACIÓN NEUROLÓXICA**

**REHABILITACIÓN OSTEOARTICULAR**

**REHABILITACIÓN DE QUEIMADOS**

**REHABILITACIÓN XERÁTRICA**

**REHABILITACIÓN MÉDICO-LEGAL**

**REHABILITACIÓN DE TRANSPLANTADOS**

**OUTRAS REHABILITACIÓNS**

6/7

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Rehabilitación dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Rehabilitación dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.

Obrigatorio.

ALERXIAS

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.

Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.

Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.

Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

**TA**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**FC**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**FR**

Númérico (0)..

Non obrigatorio.

**Tª**

Númérico (1)

Non obrigatorio.

**Localización**

Combo.

Valores: Axilar / Rectal / Bucal / Transimpánica.

Non obrigatorio.

**Peso**

Númérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**Talle**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**IMC**

Númérico (2).

Fórmula =  $\text{Peso} / \text{Talle}^2$ .

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FUNCIONAL

**PROTOCOLOS CLÍNICOS**

**REHABILITACIÓN DE DESVIACIÓNS VERTEBRAIS**

**BIPEDESTACIÓN**

**Ombros**

Texto.

Non obrigatorio.

**Escápulas**

Texto.

Non obrigatorio.

**Triángulo talle**

Texto.

Non obrigatorio.

**Pelve**

Texto.

Non obrigatorio.

**Caída tronco**

Texto.

Non obrigatorio.

**Corrección alza**

Texto.

Non obrigatorio.

**DECÚBITO**

**Deformidades tórax**

Texto.

Non obrigatorio.

**Retraccións**

Texto.

Non obrigatorio.

**Cadeiras**

Texto.

Non obrigatorio.

**Membros inferiores**

Texto.

Non obrigatorio.

**Xeonllos**

Texto.

Non obrigatorio.

**Redución decúbito**

Texto.

Non obrigatorio.

**Pés**

Texto.

Non obrigatorio.

**Outros**

Texto.

Non obrigatorio.

**NEUROLÓXICO****Forza**

Texto.

Non obrigatorio.

**Sensibilidade**

Texto.

Non obrigatorio.

**Reflexos**

Texto.

Non obrigatorio.

**Laxitude articular**

Texto.

Non obrigatorio.

**Lesións cutáneas**

Texto.

Non obrigatorio.

**Cardíaca e respiratoria**

Texto.

Non obrigatorio.

**Outros**

Texto.

Non obrigatorio.

**TALLE****Talle de pé**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Talle sentado**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**PESO****Peso**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**FRECHAS SAXITAIS****Cervical**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Dorsal**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Lumbar**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Sacro**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**FRECHAS FRONTAIS****Cervical**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Dorsal**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Lumbar**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**XIBAS****Cervical**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Dorsal**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Lumbar**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Dorso-lumbar**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**DOR**

Texto.

Non obrigatorio.

**DIAGRAMA EN ESTRELA**

Texto.

Non obrigatorio.

**RADIOGRAFÍA CURVA FRONTAL****SEGMENTO CERVICAL****Ángulo de Cobb**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**APEX**

Texto.

Non obrigatorio.

**Rotación**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**RISSER**

Texto.

Non obrigatorio.

**Dismetría MM.II.**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**SEGMENTO DORSAL****Ángulo de Cobb**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**APEX**

Texto.

Non obrigatorio.

**Rotación**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**RISSER**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Dismetría MM.II.**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**SEGMENTO LUMBAR**

**Ángulo de Cobb**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**APEX**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Rotación**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**RISSER**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Dismetría MM.II.**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**RADIOGRAFÍA CURVA SAXITAL**

**SEGMENTO D4-D12**

**Angulación**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Acuñaemento**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Se “ACUÑAMENTO” = texto**

**Graos acuñaemento**

Numérico (0).  
Obrigatorio.

**Irregularidade vertebral**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Listese**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Outros**

Texto.  
Non obrigatorio.

**SEGMENTO L1-L5**

**Angulación**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Acuñaemento**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Se “ACUÑAMENTO” = texto**

**Graos acuñaemento**

Numérico (0).  
Obrigatorio.

**Irregularidade vertebral**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Listese**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Outros**

Texto.  
Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN DO SOLO PÉLVICO**

**Síntoma principal**

Check múltiple.  
Non excluínente.  
Non obrigatorio.

**PERDAS DE URINA**

**Intensidade**

Combo.  
Valores: Gotas / Chorros / Total.  
Non obrigatorio.

**Frecuencia**

Texto.  
Non obrigatorio.

**Diario miccional**

Texto.  
Non obrigatorio.

**TIPO DE PROTECCIÓN**

**Compresas**

Texto  
Non obrigatorio.

**Número**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**ESTÍMULOS DESENCADEANTES**

Check múltiple.  
Non excluínente.  
Non obrigatorio.

**STOP-TEST**

Combo.  
Valores: Positivo / Medio / Negativo.  
Non obrigatorio.

**NECESIDADE URINARIA**

Check múltiple.  
Non excluínente.  
Non obrigatorio.

**TIPO DE MICCIÓN**

Check múltiple.  
Non excluínente.  
Non obrigatorio.

**PROLAPSO XENITAL**

Check múltiple.  
Non excluínente.  
Non obrigatorio.

**MEDICACIÓN ACTUAL**

Texto.  
Non obrigatorio.

**CIRURXÍA**

Check múltiple.  
Non excluínente.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**INFECCIÓN DO TRACTO URINARIO**

Texto.  
Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN DE AMPUTADOS**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN CARDIORRESPIRATORIA**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN FONIÁTRICA**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN INFANTIL**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN DE LESIONADOS MEDULARES**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN DE LINFEDEMAS**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN NEUROLÓXICA**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN OSTEOARTICULAR**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN DE QUEIMADOS**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN XERIÁTRICA**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN MÉDICO-LEGAL**

Texto.

Non obrigatorio.

**REHABILITACIÓN DE TRANSPLANTADOS**

Texto.

Non obrigatorio.

**OUTRAS REHABILITACIÓNS**

Texto.

Non obrigatorio.

**PROBAS COMPLEMENTARIAS**

Texto.

Non obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

Combo.

Valores: 737.3 - Escoliose / 726.1-Entesopatía de ombro / 342.9-Hemiplexía / 717.5-Meniscopatía de xeonllo / 742.2-Lumbalxia / 723.1-Cervicalxia / 721.0-Espondilose cervical sen afectación medular / 715.36-Osteoartrose de perna (inclúe xeonllo) / 715.35-Osteoartrose de pelve e muslo / 715.3-Osteoartrose de nocello / 724.5-Dorsalxia / 821.00-Fractura de fémur / 814.00-Fractura dos ósos carpianos (inclúe pulso) / 813.83-Fractura de cúbito e radio / 824.8-Fractura de nocello / 812.4-Fractura de úmero / 805.8-Fractura e traumatismo da columna vertebral lumbar sen lesión medular / 805.4-Fractura e traumatismo / 729.1-Fibromialxia / 845.00-Escordaduras de nocello e pé / 722.2-Prolapso-hernia discal / 737.1-Cifose / 737.89-Outras anomalías osteomusculares conxénitas (trastornos conxénitas de aliñación) / 306.0-Reumatismo psicóxeno / v43.65-Prótese de xeonllo / v43.64-Prótese de cadeira total / 723.3-Cervicobraquialxia / 726.3-Entesopatía de cóbado / 717.7-Condromalacia de rótula / 831-Luxación de ombro / v71.8-Observación.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.

Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

Check múltiple

Non excluínte

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**Data:**

1/2/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Jenaro Graña Gil  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Javier de Toro Santos  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

José L. Guerra Vázquez  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Carlos García Porrúa  
C.H. Xeral-Calde.

Manuel Rodríguez Gómez  
C.H. de Ourense.

Juan A. Cruz Martínez  
C.H. de Pontevedra.

Íñigo Hernández Rodríguez  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M<sup>a</sup> Holanda Rodríguez Vázquez  
C.H. Universitario de Vigo.

**Documentos elaborados:**[Anamnese e exploración física.](#)[Alergoloxía](#)[Anestesioloxía e Reanimación](#)[Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)[Aparello Dixestivo](#)[Cardioloxía](#)[Cirurxía Cardíaca](#)[Cirurxía Maxilofacial](#)[Cirurxía Pediátrica](#)[Cirurxía Plástica](#)[Cirurxía Torácica](#)[Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)[Dermatoloxía](#)[Endocrinoloxía](#)[Hematoloxía Clínica](#)[Hospitalización a Domicilio](#)[Medicina Interna](#)[Medicina Intensiva](#)[Medicina Preventiva](#)[Nefroloxía](#)[Neurocirurxía](#)[Neurofisioloxía Clínica](#)[Neuroloxía](#)[Obstetricia](#)[Oftalmoloxía](#)[Oncoloxía Médica](#)[Otorrinolaringoloxía](#)[Pediatria](#)[Pneumoloxía](#)[Psiquiatría](#)[Radiodiagnóstico](#)[Rehabilitación](#)**[Reumatoloxía](#)**[Traumatoloxía](#)[Uroloxía](#)[Xeriatría](#)[Xinecoloxía](#)



**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Ráxime: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: REUMATOLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOALS  
 [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]  
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

ALERXIAS

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

1/5

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Ráxime: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Teléfono:

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

ARTICULACIÓN INFLAMADAS

DEREITA ESQUERDA

Mandibular D (1) Mandibular I (1)

Umeral D (1) Umeral E (1)

Cóbedo D (1) Cóbedo E (1)

Pulso D (1) Pulso E (1)

Man D (14) Man E (14)

Xeonllo D (1) Xeonllo E (1)

Nocello D (1) Nocello E (1)

Pé D (1) Pé E (1)

Número de articulacións inflamadas (NA)

Número de articulacións inflamadas **con excusión de pé** (NA 20)

*Estima ( ) según o valor máximo que se pode introducir no cuadro*

3/5

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Ráxime: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Teléfono:

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

ARTICULACIÓN DOLOROSAS

DEREITA ESQUERDA

Mandibular D (1) Mandibular E (1)

Umeral D (1) Umeral E (1)

Cóbedo D (1) Cóbedo E (1)

Cadeira D (1) Cadeira E (1)

Pulso D (1) Pulso E (1)

Man D (14) Man E (14)

Xeonllo D (1) Xeonllo E (1)

Nocello D (1) Nocello E (1)

Pé D (1) Pé E (1)

Número de articulacións dolorosas (NAD)

Número de articulacións dolorosas **con excusión de pé** (NAD 20)

VSG (mm/1<sup>a</sup> h.) o PCR (mg/dl.)

*Estima ( ) según o valor máximo que se pode introducir no cuadro*

2/5

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Ráxime: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Teléfono:

ARTRITE REUMATOIDE

DAS  DAS 28  HAQ  RADAI

*Disease Activity Score Disease Activity Score with modified CRP Health Assessment Questionnaire Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index*

LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO

SLEDAI  SLICC

*Systolic Lupus Erythematosus Disease Activity Index SLE Disease Activity Index*

ESPONDIL OARTROPATÍAS

SCHÖBER  BASFI  BASDAI  BASMI

*Index de Schöber Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index Bath Ankylosing Spondylitis Impairment Index*

DDC  DOP  DME  BASRI

*Dactylitis-Digital clubbing Dactylitis-Digital clubbing Dactylitis-Digital clubbing*

AFR

*Ankylosing spondylitis*

ARTROSE

WOMAC

*Western Ontario and MacMaster Osteoarthritis*

COMUNS

EVA DOR

EVA E. XERAL (E5)

EVA FATIGA

VALORACIÓN GLOBAL MÉDICO

VALORACIÓN GLOBAL PACIENTE

4/5



Paciente: \_\_\_\_\_  
NIC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

XUÍZO CLÍNICO  
\_\_\_\_\_

PLAN DIAGNÓSTICO  
\_\_\_\_\_

PLAN TERAPÉUTICO  
\_\_\_\_\_

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
Asido. Dr./a Nome e apelidos do facultativo

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Reumatoloxía dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Reumatoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES PERSOAIS

Texto.

Obrigatorio.

ALERXIAS

Texto.

Obrigatorio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Texto.

Obrigatorio.

ENFERMIDADE ACTUAL

Texto.

Obrigatorio.

ANAMNESE POR APARELLOS

Texto.

Non obrigatorio.

EXPLORACIÓN FÍSICA

**ARTICULACIÓNS DOLOROSAS**

**Mandibular D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAD e NAD 28.

**Umeral D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAD e NAD 28.

**Cóbedo D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAD e NAD 28.

**Cadeira D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAD e NAD 28.

**Pulso D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAD e NAD 28.

**Man D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAD e NAD 28.

**Xeonllo D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAD e NAD 28.

**Nocello D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAD.

**Pé D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAD.

**Número de articulacóns dolorosas (NAD)**

Numérico (0).

Fórmula = Mandibular D + Mandibular E + Umeral D + Umeral E + Cóbedo D + Cóbedo E + Cadeira D + Cadeira E + Pulso D + Pulso E + Man D + Man E + Xeonllo D + Xeonllo E + Nocello D + Nocello E + Pé D + Pé E.

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do DAS e DAS 28.

**Número de articulacóns dolorosas sen nocellos nin pés (NAD 28)**

Numérico (0).

Fórmula = Mandibular D + Mandibular E + Umeral D + Umeral E + Cóbedo D + Cóbedo E + Cadeira D + Cadeira E + Pulso D + Pulso E + Man D + Man E + Xeonllo D + Xeonllo E.

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do DAS e DAS 28.

**VSG ou PCR**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do DAS e DAS 28.

**ARTICULACIÓNS INFLAMADAS**

**Mandibular D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAI e NAI 28.

**Umeral D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAI e NAI 28.

**Cóbado D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAI e NAI 28.

**Pulso D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAI e NAI 28.

**Man D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAI e NAI 28.

**Xeonllo D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAI e NAI 28.

**Nocello D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAI e NAI 28.

**Pé D/E**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do NAI e NAI 28.

**Número de articulacións inflamadas (NAI)**

Numérico (0).

Fórmula = Mandibular D + Mandibular E + Umeral D + Umeral E + Cóbado D + Cóbado E + Pulso D + Pulso E + Man D + Man E + Xeonllo D + Xeonllo E + Nocello D + Nocello E + Pé D + Pé E.

Non obrigatorio.

**Número de articulacións inflamadas sen nocellos nin pés (NAI 28)**

Numérico (0).

Fórmula = Mandibular D + Mandibular E + Umeral D + Umeral E + Cóbado D + Cóbado E + Pulso D + Pulso E + Man D + Man E + Xeonllo D + Xeonllo E.

Non obrigatorio.

**ARTRITE REUMATOIDE****DAS**

Numérico (2).

$$DAS = (0,54 \times SQR(NAD)) + (0,065 \times NAI) + (0,33 \times \ln VSG) + (0,0072 \times ES).$$

Non obrigatorio.

**DAS 28**

Numérico (2).

$$DAS\ 28 = (0,56 \times SQR(NAD\ 28)) + (0,28 \times NAI\ 28) + (0,70 \times \ln VSG) + (0,014 \times ES).$$

Non obrigatorio.

**HAQ**

Numérico (3).

Non obrigatorio.

**RADAI**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO****SLEDAI**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**SLICC**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**ESPONDILOARTROPATÍAS****SCHOBER**

Numérico (1).

Non obrigatorio.

**BASFI**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**BASDAI**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**BASMI**

Numérico (2).

Non obrigatorio.

**DDC**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**DOP**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**DME**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**BASRI**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**AR**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**ARTROSE****WOMAC**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**COMÚNS****EVA DOR**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**EVA E. XERAL (ES)**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**EVA FATIGA**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Valoración global médico**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Valoración global paciente**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

Texto.

Obrigatorio.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.

Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.

Obrigatorio.

**Data:**

10/2/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Luis Antonio García Rodríguez  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Laureano Otero Soengas  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Luis Quevedo García  
C.H. Xeral-Calde.

José Ignacio Serantes González  
C.H. de Pontevedra.

José Manuel Galdo Pérez  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Ramón Ares Rico  
División de Asistencia Sanitaria.

**Documentos elaborados:**

**Anamnese e exploración física.**

**Data:**

24/4/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Luis Antonio García Rodríguez  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Luis Quevedo García  
C.H. Xeral-Calde.

José Manuel Galdo Pérez  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M<sup>a</sup> Holanda Rodríguez Vázquez  
C.H. Universitario de Vigo.

**Documentos elaborados:**

**Anamnese e exploración física.**

Alergoloxía  
Anestesioloxía e Reanimación  
Anxioloxía e Cirurxía Vascular  
Aparello Dixestivo  
Cardioloxía  
Cirurxía Cardíaca  
Cirurxía Maxilofacial  
Cirurxía Pediátrica  
Cirurxía Plástica  
Cirurxía Torácica  
Cirurxía Xeral e Dixestiva  
Dermatoloxía  
Endocrinoloxía  
Hematoloxía Clínica  
Hospitalización a Domicilio  
Medicina Interna  
Medicina Intensiva  
Medicina Preventiva  
Nefroloxía  
Neurocirurxía  
Neurofisioloxía Clínica  
Neuroloxía  
Obstetricia  
Oftalmoloxía  
Oncoloxía Médica  
Otorrinolaringoloxía  
Pediatria  
Pneumoloxía  
Psiquiatría  
Radiodiagnóstico  
Rehabilitación  
Reumatoloxía  
**Traumatoloxía**  
Uroloxía  
Xeriatría  
Xinecoloxía

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: TRAUMATOLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERGOAS

HTA  Diabete  Ulcus gastroduodenal  Xestación e parto normal

[Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]  
 [Medicación actual] [Outros]

**ALERXIAS**

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

Febre  Astenia  Adelgazamento   
 Dor de ritmo  Dor mecánica  Dor inflamatoria   
 Dor irradiada  Afa

Inicio da dor Aguda  Crónica  Localización da dor

Ateracións sensitivas MG  MI  Perda de forza MG  MI

Claudicación neuroxena  Función esfinteriana  Síndrome de cola de cabalo

Perímetro de marcha (cm)  Duración dos síntomas


1/12

**SERGAS** **HOSPITAL**


Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

Radial invertido  S  N  S  N   
 Hofmann  S  N  S  N   
 Babinsky  S  N  S  N   
 Spurling  S  N  S  N   
 Lhermitte  S  N  S  N

**ANESTESIA** **HIPRESTESIA** **DISESTESIA**



**ANESTESIA** **HIPRESTESIA** **DISESTESIA**



3/12

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso (kg)  Taille (cm)

**CERVICAL**

INSPECCIÓN XERAL [Deformidade] [Cicatrices] [Manchas cutáneas]

EXPLORACIÓN XERAL [Pulsos radiais] [Pulsos craneais] [Atrrofa muscular] [Fasciculacións] [Marcha alterada] [Movibilidade cervical]

EXPLORACIÓN NEUROLÓXICA DOS MM.SS.

	DEREITA	ESQUERDA
<b>POTENCIA MUSCULAR</b>		
Deltoides (C5) (0-5)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Bíceps braquial (C5) (0-5)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Tríceps braquial (C7) (0-5)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Intrínsecos man (C8) (0-5)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>REFLEXOS/SGNOS</b>		
Bicipital	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Tricipital	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

2/12

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**OMERO**

Ombros Simétricos  Asimétricos   
 Limitación da mobilidade Activa  Pasiva   
 Atrrofa muscular  Palpación dolerosa  Caixa

Signo da tecla  Resalto acromioclavicular

**MOBILIDADE**

	ACTIVA		PASIVA	
Abducción (0-100°)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Adución (0-40°)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Antepulsión (0-160°)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Retropulsión (0-60°)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Rotación interna (0-70°)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Rotación externa (0-70°)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓN MUSCULAR ANALÍTICA

1.- SUPRAESPIRÓGO: Test de Jobe  
 Abducción contra resistencia con ombro en antepulsión de 30°, abducción de 30°, codo estendido e polgares ata abaixo  
 Negativo  Positivo  Dereito  Esquerdo

2.- INFRAESPIRÓGO  
 Rotación externa resistida con ombro en posición neutra.  
 Negativo  Positivo  Dereito  Esquerdo




4/12

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**3 - SUBOCCIPULAR test de Gerber**  
 Separación da man desde rasga lumbar contra resistencia.

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerdo

**4 - BICEPS (P. longa) Pain-up test**  
 Elevación resistida con codo estendido e supinado a ombro en antepulsión de 90°

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerdo

**Test de Yergason**  
 Supinación resistida con codo en flexión de 90° pronación completa e ombro en rotación interna.

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerdo

**Manobra de atrapamento subacromial**  
 Elevación do ombro contra resistencia coa man apoiada no ombro oposto.

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerdo

**LUMBAR**

**INSPECCIÓN XERAL**  
 [Deformidade] [Cicatrices] [Manchas cutáneas]

EXPLORACIÓN DE CADEIRAS Normal

5/12

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**CADERA**

**ACTITUDE DA CADERA**

	DEREITA	ESQUERDA
En flexión (Signo de Thomas)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Rotación externa	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Aducción	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Signo de Trendelenburg	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

**ARTICULACIÓN SACROILÍACA**

Proba de Patrick (FABERE) (+) (-)

	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------

**LONGITUDE DOS MM II**

Simetría S  N

Acurtamento (cm) D  E

**RANGO DE MOBIIDADE**

	D	E
Flexión (normal 130°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extensión (normal 30°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abducción (normal 50°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aducción (normal 30°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotación interna (normal 30°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotación externa (normal 50°)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**GRAOS TOTAIS DE MOBIIDADE** D  E

**PUNTOS TOTAIS DO SCORE DE HARRIS** D  E

7/12

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**EXPLORACIÓN NEUROVASCULAR DOS MM II**

**EXPLORACIÓN XERAL**

	DEREITA	ESQUERDA
Rotación interna/externa dolorosa	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Palpación dolorosa articulacións sacroilíacas	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Proba de Patrick (FABERE) (+) (-)	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

**EXPLORACIÓN NEUROLÓXICA DOS MM II**

EPRL Lasague +  -  +  -

Graos (°) +  +

**REFLEXOS ÓSTEOTENDINOSOS**

Rotuliano	D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Aquileo	D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

**POTENCIA MUSCULAR**

Cuádriceps (L4-L5) (0-5)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Tibial anterior (L4) (0-5)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Extensor 1º dedo (L5) (0-5)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Tríceps sural (S1) (0-5)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

**SENSIBILIDADE**

Bordo interno do pé (L4)	D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Espazo interdital 1º-2º (L5)	D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Bordo externo do pé (S1)	D <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

6/12

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**COXARTROSE**

Primaria o idiopática	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Secundaria a outro proceso	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Aducción	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Signo de Trendelenburg	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

**Etioloxía da osteoartrose**

Necrose avascular da cabeza femoral (MACE)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Epifitoides	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Luxación conxénita da cadeira (LCC)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Perthes	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Inflamatoria	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Enfermidade por depósito	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Outras	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

**XEONLLO**

**INSPECCIÓN XERAL**  
 [Deformidade] [Cicatrices] [Manchas cutáneas]

**EXPLORACIÓN XERAL**

	DEREITA	ESQUERDA
Rotación interna/externa dolorosa	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Palpación dolorosa articulacións sacroilíacas	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Proba de Patrick (FABERE) (+) (-)	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

8/12



**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

[Atrofias] [Derramo articular] [Puntos dolorosos] [Roca fémoro-patelar]

**EXPLORACIÓN NEUROVASCULAR DOS MM II**

Desprazamento da rótula

**TEST FUNCIONAL**

	DEREITA		ESQUERDA	
Ablación	Varo <input type="checkbox"/>	Valgo <input type="checkbox"/>	Varo <input type="checkbox"/>	Valgo <input type="checkbox"/>
Laxitude	Varo <input type="checkbox"/>	Valgo <input type="checkbox"/>	Varo <input type="checkbox"/>	Valgo <input type="checkbox"/>
Signo do caixón	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
Test de Lachman	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
Test pivot-swift	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
Test de McMurray	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
Test de Apley	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
Signo de Ficat	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>

**RANGO DE MOBILIDADE**

DEREITA 135° 0° ESQUERDA 135°

TOTAL AVALIACIÓN CLÍNICA D  E

TOTAL AVALIACIÓN FUNCIONAL D  E

9/12

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

**DEFORMIDADES DOS DEDOS**

	DEREITO		ESQUERDO	
Hallux valgus	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Hallux flexus	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Hallux extensus	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Quinto varus (0º dedo monta sobre o 4º)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Dedo en maza (flexión illada da IFD)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Dedo en martelo (flexión IFP e extensión IFD)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Dedo en garra (flexión de ambas IFP e IFD)	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Variacións de coloración	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Outras	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**EXPLORACIÓN EN DECÚBITO**

	DEREITO		ESQUERDO	
<b>MOBILIDADE ARTICULAR</b>				
Flexión plantar (°)	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
Flexión dorsal (°)	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
Inversión-eversión (°)	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
Flexión-extensión dedos (°)	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
Atrofia muscular	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Tumoración	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

11/12

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

**PÉ**

**EXPLORACIÓN EN BIPEDESTACIÓN**

**FÓRMULA DIXITAL**

Cadrado  Espacio  Grego

**ÁNGULO DE FICK (°)**

Derreito  Esquerdo

**LIÑA DE HELBING (°)**

Derreito  Esquerdo

**DEFORMIDADES DO PÉ**

	DEREITO		ESQUERDO	
Pé plano	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Pé cavo	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Pé equino	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Pé talo	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Pé varo	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Pé valgo	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Pé en adución	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

10/12

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rxiime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

**PUNTOS DOLOROSOS**

**HIPERQUERATOSE**

**EXPLORACIÓN DA MARCHA**

**XUZO CLÍNICO**

**PLAN DIAGNÓSTICO**

**PLAN TERAPÉUTICO**

Conservador  Indicación de prótese de cadeira  Indicación de prótese de xeonllo

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
Asdo. Dr./a. Nome e apellidos do facultativo

12/12



ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES PERSOAIS**

**HTA**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Diabete**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Úlcus gastroduodenal**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Xestación e parto normal**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**ALERXIAS**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Texto.

Obrigatorio.

**ENFERMIDADE ACTUAL**

**Febre**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Astenia**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Adelgazamento**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Dor de ritmo**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Dor mecánica**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Dor inflamatoria**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Dor irradiada**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Se "Dor irradiada"= check**

**Ata**

Texto.

Obrigatorio.

**Inicio da dor**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Localización da dor**

Texto.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Alteracións sensitivas**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Perda de forza**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Claudicación neuróxena**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Función esfinteriana**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Síndrome de cola de cabalo**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Perímetro de marcha**

Númérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Duración dos síntomas**

Texto

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**ANAMNESE POR APARELLOS**

Texto.

Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

**Peso**

Númérico (1).

Non obrigatorio.

**Talle**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

Cadro de texto

**Texto.**

Non obrigatorio.

**CERVICAL**

**DEREITA/ESQUERDA**

Non excluínte

**INSPECCIÓN XERAL**

Texto.

Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN NEUROLÓXICA DOS MM.SS.**

**POTENCIA MUSCULAR**

**Deltoides (C5)**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Biceps braquial**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Tríceps braquial**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Intrínsecos man**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**REFLEXOS/SIGNOS**

**Bicipital**

Combo.

Valores: Normal / Abolido / Diminuído / Exaltado.

Non obrigatorio.

**Tricipital**

Combo.

Valores: Normal / Abolido / Diminuído / Exaltado.

Non obrigatorio.

**Radial invertido**

Check múltiple.

Non obrigatorio.

**Hofmann**

Check múltiple.

Non obrigatorio.

**Babinsky**

Check múltiple.

Non obrigatorio.

**Spurling**

Check múltiple.

Non obrigatorio.

**Lhermitte**

Check múltiple.

Non obrigatorio.

**OMBRO**

**Simétricos/Asimétricos**

Check múltiple.

Excluínte

Non obrigatorio.

**Atrofia muscular**

Check único.

Non obrigatorio.

**Palpación dolorosa**

Check único.

Non obrigatorio.

**Resalte acromioclavicular**

Check único.

Non obrigatorio.

**Signo da tecla**

Check único.

Non obrigatorio.

**Caixón**

Combo.

Valores: Anterior / Posterior / Inferior (surco).

Non obrigatorio.

**Limitación da mobilidade**

Check múltiple.

Non excluínte

Non obrigatorio.

**Se “limitación da mobilidade” = Activa**

**Mobilidade activa**

Check múltiple.

Non excluínte

Obrigatorio.

**MOBILIDADE**

**ACTIVA/PASIVA**

Non excluínte.

**D/E**

Non excluínte.

**Abducción**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Abducción**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Antepulsión**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Retropulsión**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Rotación interna**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**Rotación externa**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN MUSCULAR ANALÍTICA**

**1.- SUPRAESPIÑOSO: Test de Jobe**

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**2.- INFRAESPIÑOSO**

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**3.- SUBESCAPULAR: Test de Gerber**

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**4.- BÍCEPS (P. longa): Palm-up test**

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**Test de Yergason**

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**Manobra de atrapamento subacromial**

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**LUMBAR**

**DEREITA/ESQUERDA**

Non excluínte.

**INSPECCIÓN XERAL**

Cadro de texto  
Texto.  
Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN DE CADEIRAS**

**Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN NEUROVASCULAR DOS MM.II.**

Texto.  
Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN XERAL**

**Rotación interna/externa dolorosa**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Palpación dolorosa articulacións sacroilíacas**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Proba de Patrick (FABERE)**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN NEUROLÓXICA DOS MM.II.**

**E.P.R. Lasègue**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Graos**

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

**REFLEXOS OSTEOTENDINOSOS**

**Rotuliano**

Combo.  
Valores: Normal / Abolido / Diminuído / Exaltado.  
Non obrigatorio.

**Aquileo**

Combo.  
Valores: Normal / Abolido / Diminuído / Exaltado.  
Non obrigatorio.

### POTENCIA MUSCULAR

#### Cuádriceps (L2-L3)

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

#### Tibial anterior

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

#### Extensor 1º dedo

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

#### Tríceps sural

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

### SENSIBILIDADE

#### Bordo interno do pé (L4)

Combo.  
Valores: Anestesia / Hipoestesia / Disestesia / Normal.  
Non obrigatorio.

#### Espazo interdixital 1º-2º (L5)

Combo.  
Valores: Anestesia / Hipoestesia / Disestesia / Normal.  
Non obrigatorio.

#### Bordo externo do pé (S1)

Combo.  
Valores: Anestesia / Hipoestesia / Disestesia / Normal.  
Non obrigatorio.

### CADEIRA

#### DEREITA/ESQUERDA

Non excluín-te.

#### ACTITUDE DA CADEIRA

##### En flexión (Signo de Thomas)

Check múltiple.  
Excluín-te.  
Non obrigatorio.

##### Rotación externa

Check múltiple.  
Excluín-te.  
Non obrigatorio.

### Adución

Check múltiple.  
Excluín-te.  
Non obrigatorio.

#### Signo de Trendeleburg

Check múltiple.  
Excluín-te.  
Non obrigatorio.

### ARTICULACIÓN SACROILÍACA

#### PROBA DE PATRICK (FABERE)

Check múltiple.  
Excluín-te.  
Non obrigatorio.

### LONXITUDE DOS MM.II.

#### Simetría

Check múltiple.  
Excluín-te.  
Non obrigatorio.

#### Acurtamento

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

### RANGO DE MOBILIDADE

#### Flexión (normal 130º)

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

#### Extensión (normal 30º)

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

#### Abducción (normal 50º)

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

#### Adución (normal 30º)

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

#### Rotación interna (normal 35º)

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

#### Rotación externa (normal 50º)

Numérico (0).  
Non obrigatorio.

### GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE

Numérico (0).  
Fórmula = SUMA (RANGO DE MOBILIDADE).  
Non obrigatorio.

### PUNTOS TOTAIS DO SCORE DE HARRIS

Numérico (0).  
Fórmula = SUMA (Puntuación SCORE DE HARRIS).  
Non obrigatorio.

### COXARTROSE

#### Primaria ou idiopática

Check único.  
Non obrigatorio.

#### Secundaria a outro proceso

Check único.  
Non obrigatorio.

#### Addución

Check único.  
Non obrigatorio.

#### Signo de Trendeleburg

Check único.  
Non obrigatorio.

### Etioloxía da osteoartrorse

#### Necrose avascular da cabeza femoral (NACF)

Check único.  
Non obrigatorio.

#### Epifisiolise

Check único.  
Non obrigatorio.

#### Luxación conxénita da cadeira (LCC)

Check único.  
Non obrigatorio.

#### Perthes

Check único.  
Non obrigatorio.

#### Inflamatoria

Check único.  
Non obrigatorio.

**Enfermidade por depósito**

Check único.  
Non obrigatorio.

**Outras**

Check único.  
Non obrigatorio.  
Cadro de texto  
Texto.  
Non obrigatorio.

**XEONLLO****DEREITA/ESQUERDA**

Non excluínte.

**INSPECCIÓN XERAL**

Texto.  
Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN XERAL****Rotación interna/externa dolorosa**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Palpación dolorosa articulacións sacroilíacas**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Proba de Patrick (FABERE) (+) (-)**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto  
Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN NEUROVASCULAR DOS MM.II.**

Texto  
Non obrigatorio.

**Desprazamento da rótula**

Combo.  
Valores: Doloroso / Aumentado / Normal.  
Non obrigatorio.

**TEST FUNCIONAL****Alineación**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Se "Aliñación" = Varo ou Valgo****Grao**

Númérico (0).  
Obrigatorio.

**Laxitude**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Se "Laxitude" = Varo ou Valgo****Grao**

Númérico (0).  
Obrigatorio.

**Signo do caixón**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Test de Lachman**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Test pivot-swift**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Test de McMurray**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Test de Apley**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**Signo de Ficat**

Check múltiple.  
Excluínte.  
Non obrigatorio.

**TOTAL AVALIACIÓN CLÍNICA**

Númérico (0).  
Fórmula = SUMA (Puntuación TOTAL AVALIACIÓN CLÍNICA).  
Non obrigatorio.

**TOTAL AVALIACIÓN FUNCIONAL**

Fórmula = SUMA (Puntuación TOTAL AVALIACIÓN FUNCIONAL).  
Non obrigatorio.

**PÉ****DEREITO/ESQUERDO**

Non excluínte

**EXPLORACIÓN EN BIPEDESTACIÓN****FÓRMULA DIXITAL**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**ÁNGULO DE FICK**

Númérico (0).  
Non obrigatorio.

**LÍÑA DE HELBING**

Númérico (0).  
Non obrigatorio.

**DEFORMIDADES DO PÉ****Pé plano**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**Pé cavo**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**Pé equino**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**Pé talo**

Check múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**Pé varo**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Pé valgo**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Pé en adución**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**DEFORMIDADES DOS DEDOS**

**Hallux valgus**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Hallux flexus**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Hallux extensus**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Quintus varus (5º dedo monta sobre o 4º)**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Dedo en maza (flexión illada da IFD)**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Dedo en martelo (flexión IFP e extensión IFD)**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Dedo en garra (flexión de ambas as IFP e IFD)**

Check múltiple.  
Non excluín-te.

Non obrigatorio.

**Variacións de coloración**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Outras**

Combo.  
Valores: Sindactilia / Clinodactilia / Polidactilia.  
Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN EN DECÚBITO**

**MOBILIDADE ARTICULAR**

**Flexión plantar**

Númérico (0).  
Non obrigatorio.

**Flexión dorsal**

Númérico (0).  
Non obrigatorio.

**Inversión-eversión**

Númérico (0).  
Non obrigatorio.

**Flexión-extensión dedos**

Númérico (0).  
Non obrigatorio.

**Atrofia muscular**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**Tumoración**

Check múltiple.  
Non excluín-te.  
Non obrigatorio.

**PUNTOS DOLOROSOS**

Texto.  
Non obrigatorio.

**HIPERQUERATOSE**

Texto.

Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN DA MARCHA**

Texto.  
Non obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

Texto.  
Obrigatorio.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.  
Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

**Conservador/Cirúrxico**

Excluín-te

**Conservador**

Check único.  
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cadro de texto**

Texto.  
Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**Cirúrxico**

**Indicación de prótese de cadeira**

Check único.  
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Indicación de prótese de xeonllo**

Check único.  
Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cadro de texto**

Texto.  
Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

### EXPLORACIÓN NEUROLÓXICA DE MEMBROS SUPERIORES

SERVIZO: TRAUMATOLOXÍA

**POTENCIA MUSCULAR**

	DEREITA	ESQUERDA
Deltoides (C5)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Bíceps braquial (C6)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Tríceps braquial (C7)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Intrínsecos man (C8)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

**REFLEXOS/SIGNOS**

	D	E
Dicipital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tricipital	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Radial invertido	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Hoffmann	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Babinsky	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Spurling	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Lhermitte	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

### GRADACIÓN DE INTENSIDADE DA MIELOPATÍA CERVICAL

SERVIZO: TRAUMATOLOXÍA

**Reflexo radial invertido:** a percusión do tendón do braquiorradial provoca flexión de pulso e dedos. Signo de mielopatía cervical.

**Signo de Hoffman:** a flexión da falanxe distal do dedo 3º provoca flexión interfalánxica dos dedos 1º e 2º. Signo de lesión de motoneurona superior.

**Signo de Spurling:** a extensión do pescozo asociada a rotación da cabeza para o lado explorado reproduce a dor radicular do paciente. Signo de compresión radicular.

**Signo de Lhermitte:** a flexión brusca do pescozo co paciente sentado (cadeiras a 90º) provoca sensación de descarga eléctrica en extremidades inferiores. Signo de mielopatía cervical.

**GRADACIÓN DE INTENSIDADE DA MIELOPATÍA CERVICAL (Segundo Natick)**

- Grao 0: Signos de radiculopatía sen evidencia de mielopatía
- Grao 1: Signos exploratorios de mielopatía. Marcha normal
- Grao 2: Leve dificultade para a marcha sen repercusión xeral ou laboral
- Grao 3: Dificultade para a marcha que limita a actividade xeral e laboral
- Grao 4: Precisa axudas para a marcha
- Grao 5: Limitado a cadeira de rodas ou cama

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

ANESTESIA HIPOESTESIA DISESTESIA

ANESTESIA HIPOESTESIA DISESTESIA

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
 Asido, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/3

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**DEREITA/ESQUERDA**

Non excluínte.

**POTENCIA MUSCULAR**

**Deltoides (C5)**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Biceps braquial**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Triceps braquial**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Intrinsecos man**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**REFLEXOS/SIGNOS**

**Bicipital**

Combo.

Valores: Normal / Abolido / Diminuído / Exaltado.

Non obrigatorio.

**Tricipital**

Combo.

Valores: Normal / Abolido / Diminuído / Exaltado.

Non obrigatorio.

**Radial invertido**

Check múltiple.

Non obrigatorio.

**Hofmann**

Check múltiple.

Non obrigatorio.

**Babinsky**

Check múltiple.

Non obrigatorio.

**Spurling**

Check múltiple.

Non obrigatorio.

**Lhermitte**

Check múltiple.

Non obrigatorio.



**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN MUSCULAR ANALÍTICA DO OMBRO**

**SERVIZO: TRAUMATOLOXÍA**

**1.- SUPRAESPINOSO: test de Jobe**  
 Abducción contra resistencia con ombro en antepulsión de 90°, abducción de 30°, codo estendido e polgares ata abaixo.

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerda

**2.- INFRAESPINOSO**  
 Rotación externa resistida con ombro en posición neutra.

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerda

**3.- SUBESCAPULAR: test de Gerber**  
 Separación da man desde raqois lumbar contra resistencia.

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerda

**4.- DÍCEPS (P. longa): Palm-up test**  
 Elevación resistida con codo estendido e supinado e ombro en antepulsión de 90°

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerda

1/2

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Test de Yergason**  
 Supinación resistida con codo en flexión de 90° pronación completa e ombro en rotación interna.

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerda

**Manobra de atrapamento subacromial**  
 Elevación do ombro contra resistencia coa man apoiada no ombro oposto

Negativo  Positivo  Dereita  Esquerda

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asid. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

1.- SUPRAESPIÑOSO: TEST DE JOBE

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

2.- INFRAESPIÑOSO

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

3.- SUBESCAPULAR: TEST DE GERBER

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

4.- BÍCEPS (P. LONGA): PALM-UP TEST

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

TEST DE YERGASON

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

MANOBRA DE ATRAPAMENTO SUBACROMIAL

**Negativo/Positivo**

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

**Dereito/Esquerdo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

Paciente:		Data Nac.:		Sexo:	
NIC:	CIP:	Réxime:	NSS:		
Enderezo:		Teléfono:			

**EXPLORACIÓN NEUROLÓXICA DOS MEMBROS INFERIORES**

**SERVIZO: TRAUMATOLOXÍA**

E.P.R. Lasôgue +  -  +  -

Gratos (°) \*  \*

**REFLEXOS OSTEOTENDINOSOS**

Rotulano D  E

Aquileo D  E

**POTENCIA MUSCULAR**

Cuádriceps (L2-L3) D  E

Tibial anterior (L4) D  E

Extensor 1º dedo (L5) D  E

Tíceps sural (S1) D  E

**SENSIBILIDADE**

Dedo interno do pé (L4) D  E

Espazo interdixital 1º-2º (L5) D  E

Dedo externo do pé (S1) D  E

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
Asido: Dr./a Nome e apelidos do facultativo

1/1

#### ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**

#### NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

#### PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

#### NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

##### E.P.R. Lasègue

Check múltiple.

Excluínte.

Non obrigatorio.

##### Graos

Numérico (0).

Non obrigatorio.

#### REFLEXOS OSTEOTENDINOSOS

##### Rotuliano

Combo.

Valores: Normal / Abolido / Diminuído / Exaltado.

Non obrigatorio.

##### Aquíleo

Combo.

Valores: Normal / Abolido / Diminuído / Exaltado.

Non obrigatorio.

#### POTENCIA MUSCULAR

##### Cuádriceps (L2-L3)

Numérico (0).

Non obrigatorio.

##### Tibial anterior

Numérico (0).

Non obrigatorio.

##### Extensor 1º dedo

Numérico (0).

Non obrigatorio.

#### Tríceps sural

Numérico (0).

Non obrigatorio.

#### SENSIBILIDADE

##### Bordo interno do pé (L4)

Combo.

Valores: Anestesia / Hipoestesia / Disestesia / Normal.

Non obrigatorio.

##### Espazo interdixital 1º-2º (L5)

Combo.

Valores: Anestesia / Hipoestesia / Disestesia / Normal.

Non obrigatorio.

##### Bordo externo do pé (S1)

Combo.

Valores: Anestesia / Hipoestesia / Disestesia / Normal.

Non obrigatorio.

SERGIAS		Hospital	
Paciente:		Data Nac.:	
NHC:	CIP:	Réxime:	NSS:
Enderezo:		Teléfono:	
<b>SCORE DE HARRIS</b>			
<b>SERVIZO: TRAUMATOLOXÍA</b>			
<b>DOR</b>		<b>DETEREITA</b>	<b>ESQUERDA</b>
Ningunha (44 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Leve, ocasional. Non afecta á súa actividade (40 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Moderado. Afecta pouco á súa actividade. Anestesia suave ocasional (30 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Apreciable, tolerable pero que afecta á súa actividade. Ocasionalmente precisa anestesia moderada (20 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Severo. Produce limitación importante (10 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Incapacitante, incluso na cama (0 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>FUNCIÓN</b>			
<b>COXEIRA</b>			
Ningunha (11 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Leve (8 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Moderada (6 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Severa (3 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>MARCHEA</b>			
Sen limitación (11 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
6 quáteros (8 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
2-3 quáteros (5 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Só domicilio (2 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Cama-sofá (0 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

1/3

SERGIAS		Hospital	
Paciente:		Data Nac.:	
NHC:	CIP:	Réxime:	NSS:
Enderezo:		Teléfono:	
<b>ASENTO</b>			
Calquera durante máis de 1 hora (5 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Cadeira alta máis ou menos media hora (3 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Ningún asento con comodidade (0 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>ESCALEIRAS</b>			
Normal (4 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Varanda (2 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Gran dificultade (1 punto)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Imposible (0 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>USO DE TRANSPORTE PÚBLICO</b>			
Posible (1 punto)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Imposible (0 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>DEFORMIDADE</b>			
30° de flexión		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Más de 10° de adución		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Más de 10° de rotación interna		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Disimetría maior de 3,2 cm		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>PUNTOS TOTAIS DE DEFORMIDADE</b>		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>PUNTOS TOTAIS DO SCORE DE HARRIS</b>		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Localidade, < día > de < mes > de < ano >			
Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo			

3/3

SERGIAS		Hospital	
Paciente:		Data Nac.:	
NHC:	CIP:	Réxime:	NSS:
Enderezo:		Teléfono:	
<b>APOIOS</b>			
Ningún (11 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
1 bastón (distancias longas) (7 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
1 bastón (case sempre) (5 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
1 muleta (3 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
2 bastóns (2 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
2 muletas (1 punto)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Non camiña (0 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>RANGO DE MOBILIDADE</b>			
Flexión (normal 120°)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Extensión (normal 30°)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Abdución (normal 60°)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Adución (normal 30°)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Rotación interna (normal 25°)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Rotación externa (normal 50°)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE</b>		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>PUNTOS DOS GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE</b>		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>ACTIVIDADE HABITUAL</b>			
<b>GALZADO</b>			
Con facilidade (4 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Con dificultade (2 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Imposible (0 puntos)		D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

2/3

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Traumatoloxía dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**DEREITA/ESQUERDA**

Non excluínte.

**DOR**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**FUNCIÓN**

**COXEIRA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**MARCHA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**APOIOS**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**RANGO DE MOBILIDADE**

**Flexión (normal 130°)**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**Extensión (normal 30°)**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**Abducción (normal 50°)**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**Adución (normal 30°)**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**Rotación interna (normal 35°)**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**Rotación externa (normal 50°)**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (RANGO DE MOBILIDADE).

Obrigatorio.

**PUNTOS DOS GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE**

**Se "GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE" = 0 - 29°**

PUNTOS DOS GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE = 0

**Se "GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE" = 30 - 59°**

PUNTOS DOS GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE = 1

**Se "GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE" = 60 - 89°**

PUNTOS DOS GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE = 2

**Se "GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE" = 90 - 159°**

PUNTOS DOS GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE = 3

**Se "GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE" = 160 - 209°**

PUNTOS DOS GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE = 4

**Se "GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE" > 210**

PUNTOS DOS GRAOS TOTAIS DE MOBILIDADE = 5

Obrigatorio.

**ACTIVIDADE HABITUAL**

**CALZADO**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**ASENTO**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**ESCALEIRAS**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**USO DE TRANSPORTE PÚBLICO**

Check numérico múltiple.

Excluínte.  
Obrigatorio.

**DEFORMIDADE**

Check numérico múltiple.  
Non excluínte.  
Non obrigatorio.

**PUNTOS TOTAIS DE DEFORMIDADE**

0 puntos se existe calquera.  
4 puntos se non existe ningunha.

**PUNTOS TOTAIS DO SCORE DE HARRIS**

Numérico (0).  
Fórmula = SUMA (Puntuación).  
Obrigatorio.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**AVALIACIÓN DO XEONLLO**

**SERVIZO: TRAUMATOLOXÍA**

**AVALIACIÓN CLÍNICA**

	DEREITA	ESQUERDA
<b>VALORACIÓN CLÍNICA</b>		
<b>DOR</b>		
Ningún (50 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Lixe ou ocasional (45 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Só escadeiras (40 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Cameñar e escadeiras (30 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Moderada e ocasional (20 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Moderada continuo (20 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Grave ou incapacitante (0 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>ESTABILIDADE ANTEROPOSTERIOR</b>		
Cadao < 5 mm (10 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Cadao 5-10 mm (5 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Cadao > 10 mm (0 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>MOBILIDADE</b>		
Mobidade (cada 0º, 1 punto)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL VALORACIÓN CLÍNICA</b>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**AVALIACIÓN FUNCIONAL**

**MARCHA**

	D	E
Sen limitación (50 puntos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>1.000 m (40 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
500-1.000 m (30 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<500 m (20 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Só domicilio (10 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Imposible (0 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>ESCALEIRAS</b>		
Normal subir/baixar (50 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Normal subir/pasamans baixar (40 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Pasamans subir/baixar (30 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Pasamans subir/imposible baixar (15 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Imposible (0 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>APOIOS</b>		
Sen apoios (0 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Un bastón (-5 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
2 bastóns (-10 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Muletas/andador (-20 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL AVALIACIÓN FUNCIONAL</b>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

Localidade, <día> de <mes> de <ano>  
 Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**DEVIACIÓN**

**CONTRACTURA EN FLEXIÓN**

	D	E
Ningunha (0 puntos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-10º (-2 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
11-15º (-15 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
16-20º (-10 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
>20º (-15 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>PERDA DE EXTENSIÓN</b>		
Ningunha (0 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<10º (-5 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
11-20º (-10 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
>20º (-15 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>PERDA DE ALIÑACIÓN</b>		
Valgo 5-10º (0 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Valgo 4-0º (-3 puntos por grao)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Valgo 11-10º (-3 puntos por grao)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Outras (-20 puntos)	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL DEVIACIÓN</b>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL AVALIACIÓN CLÍNICA</b>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>

2/3



ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**AVALIACIÓN CLÍNICA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**VALORACIÓN CLÍNICA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**DOR**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**ESTABILIDADE ANTEROPOSTERIOR**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**MOBILIDADE**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**TOTAL VALORACIÓN CLÍNICA**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación VALORACIÓN CLÍNICA).

Obrigatorio.

**DEDUCIÓNS**

**CONTRACTURA EN FLEXIÓN**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**PERDA DE EXTENSIÓN**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**PERDA DE ALIÑACIÓN**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**TOTAL DEDUCIÓNS**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación DEDUCIÓNS).

Obrigatorio.

**TOTAL AVALIACIÓN CLÍNICA**

Numérico (0).

Fórmula = Puntuación VALORACIÓN CLÍNICA - Puntuación DEDUCIÓNS.

Obrigatorio.

**AVALIACIÓN FUNCIONAL**

**MARCHA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**ESCALEIRAS**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**APOIOS**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**TOTAL AVALIACIÓN FUNCIONAL**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación AVALIACIÓN FUNCIONAL).

Obrigatorio.

**SERGAS** Sistema Integrado de Galicia **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**EXPLORACIÓN DO PÉ**

SERVIZO: TRAUMATOLOXÍA

EXPLORACIÓN EN BIPEDESTACIÓN

FÓRMULA DIXITAL:  **ÁNGULO DE FICK (°)**  **LÍÑA DE HELMING (°)** 

Cadrado  Egipto  Grego  Dereito  Dereito   
 Esquerdo  Esquerdo

DEFORMIDADES DO PÉ

	DEREITO	ESQUERDO
Pé plano	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Pé cavo	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Pé equino	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Pé tato	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Pé varo	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Pé valgo	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Pé en adución	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

1/2

**SERGAS** Sistema Integrado de Galicia **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

DEFORMIDADES DOS DEDOS

	DEREITO	ESQUERDO
Hallux valgus	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Hallux flexus	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Hallux extensus	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Quintus varus (5º dedo monta sobre el 4º)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Dedo en maza (flexión illada da IFD)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Dedo en martelo (flexión IFP e extensión IFD)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Dedo en garrá (flexión de ambas as IFP e IFD)	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Variacións de coloración	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Outras (sindactilia, clinodactilia, polidactilia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓN EN DECÚBITO

	DEREITO	ESQUERDO
<b>MOBILIDADE ARTICULAR:</b>		
Flexión plantar (°)	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>
Flexión dorsai (°)	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>
Inversión-eversión (°)	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>
Flexión-extensión dedos (°)	+ <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/>
Atrofia muscular	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
Tumoración	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

Localidade, <día> de <mes> de <ano>  
 Audo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

**ÁMBITOS DE USO****Servizos de Traumatoloxía dos hospitais.****NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO****Hospitalización.****Consultas externas.****PERFÍS PROFESIONAIS DE USO**Escritura: **Facultativos dos servizos de Traumatoloxía dos hospitais.**Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.****NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO****Dereito/Esquerdo**

Non excluínte.

**EXPLORACIÓN EN BIPEDESTACIÓN****FÓRMULA DIXITAL**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**ÁNGULO DE FICK**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**LÍÑA DE HELBING**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**DEFORMIDADES DO PÉ****Pé plano**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Pé cavo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Pé equino**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Pé talo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Pé varo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Pé valgo**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Pé en adución**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**DEFORMIDADES DOS DEDOS****Hallux valgus**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Hallux flexus**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Hallux extensus**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Quintus varus (5º dedo monta sobre o 4º)**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Dedo en maza (flexión illada da IFD)**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Dedo en martelo (flexión IFP e extensión IFD)**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Dedo en garra (flexión de ambas as IFP e IFD)**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Variacións de coloración**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Outras**

Combo.

Valores: Sindactilia / Clinodactilia / Polidactilia.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN EN DECÚBITO****MOBILIDADE ARTICULAR****Flexión plantar (º)**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Flexión dorsal (º)**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Inversión-eversión (º)**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Flexión-extensión dedos (º)**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Atrofia muscular**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Tumoración**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.




Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**RADIOLOXÍA DORSO-PLANTAR E LATERAL EN CARGA**

**SERVIZO: TRAUMATOLOXÍA**

**FÓRMULA METATARSAL**





*Índex minus*    *Índex plus minus*    *Índex plus*

Dereita     Dereita     Dereita   
 Esquerdo     Esquerdo     Esquerdo

**ÁNGULO ASTRÁGALO-CALCÁNEO**



N=15-20°

Dereita   
Esquerdo


**ÁNGULO DE MOREAU-COSTA-BARTANI**



N=120-130°






Dereita   
Esquerdo


1/2

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**MEDICIÓN PARA A CRIUREXÍA CORRECTORA DO PRIMEIRO RADIO**

		DEREITO	ESQUERDO
 Ángulo metatarso-faláxico: ángulo do Auhar vargas	N=5-20°	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
 Ángulo intermetatarsiano	N=9-10°	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
 Ángulo tarso-metatarsiano: formado pola liña tarsiana posterior (unxente á tuberosidade posterior do calcáneo e a tuberosidade póstero-medial do escafoides) e o eixe distal do 2º metatarsiano.	N=90°	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
 Índice de protrusión metatarsiana relativa: valor a fórmula metatarsal	N=+2/-2	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
 Ángulo interfaláxico	N=5-10°	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
PASA (proximal articular set angle) indica a orientación da superficie articular proximal do primeiro metatarsiano respecto do seu eixe lonxitudinal	N=5-0°	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
DASA (distal articular set angle) mide o ángulo formado pola superficie articular proximal da 1ª falanxe e o seu eixe distal	N=0-0°	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>



Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
 Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Alergoloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Alergoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

FÓRMULA METATARSAL

**Index minus**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Index plus minus**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Index plus**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

ÁNGULO ASTRÁGALO-CALCÁNEO

**Dereito**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Esquerdo**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

ÁNGULO DE MOREAU-COSTA-BARTANI

**Dereito**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Esquerdo**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

MEDICIÓNS PARA A CIRURXÍA CORRECTORA DO PRIMEIRO RADIO

**DEREITO/ESQUERDO**

Non excluínte.

**a) Ángulo metatarso-falánxico**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**b) Ángulo intermetatarsiano**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**c) Ángulo tarso-metatarsiano**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**d) Índice de protrusión metatarsiana relativa**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**e) Ángulo interfalánxico**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**PASA**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**DASA**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Data:**

30/1/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

Venancio Chantada Abal  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Manuel Villar Núñez  
C.H. Universitario de Santiago.

Miguel Ángel Cuerpo Pérez  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Alberto Barreiro Mouro  
C.H. de Ourense.

Máximo Castro Iglesias  
C.H. de Pontevedra.

José Manuel Barros Rodríguez  
C.H. Universitario de Vigo.

Juan Mata Varela  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Miguel Costas Sueiras  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Jesús Conde Freire  
C.H. Xeral-Calde.

**Documentos elaborados:**[Anamnese e exploración física.](#)[Informe de endoscopia urolóxica.](#)[Informe de ecografía urolóxica.](#)[Estudo andrológico.](#)[Alergloxía](#)[Anestesioloxía e Reanimación](#)[Anxioloxía e Cirurxía Vascular](#)[Aparello Dixestivo](#)[Cardioloxía](#)[Cirurxía Cardíaca](#)[Cirurxía Maxilofacial](#)[Cirurxía Pediatría](#)[Cirurxía Plástica](#)[Cirurxía Torácica](#)[Cirurxía Xeral e Dixestiva](#)[Dermatoloxía](#)[Endocrinoloxía](#)[Hematoloxía Clínica](#)[Hospitalización a Domicilio](#)[Medicina Interna](#)[Medicina Intensiva](#)[Medicina Preventiva](#)[Nefroloxía](#)[Neurocirurxía](#)[Neurofisioloxía Clínica](#)[Neuroloxía](#)[Obstetricia](#)[Oftalmoloxía](#)[Oncoloxía Médica](#)[Otorrinolaringoloxía](#)[Pediatría](#)[Pneumoloxía](#)[Psiquiatría](#)[Radiodiagnóstico](#)[Rehabilitación](#)[Reumatoloxía](#)[Traumatoloxía](#)**Uroloxía**[Xeriatría](#)[Xinecoloxía](#)




Paciente:	NHC:	CIP:	Número:	Data Nac.:	NSS:	Sexo:
Enderezo:	Teléfono:					

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

**SERVIZO: UROLOXÍA**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**

**ANTECEDENTES PERSOAIS**  
([Enfermidades] [Intervencións] [Trasfusiones] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional] [Medicación actual] [Profesión] [Outros])

**ALERXIAS**

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

**ENFERMIDADE ACTUAL**

**ANAMNESE POR APARELLOS**

**EXPLORACIÓN FÍSICA**  
([Xeral] [Abdominal] [Xeniais externos masculinos] [Xeniais externos femininos] [Facto rectal] [Outros])

1/2




Paciente:	NHC:	CIP:	Número:	Data Nac.:	NSS:	Sexo:
Enderezo:	Teléfono:					

**XUÍZO CLÍNICO**



**PLAN DIAGNÓSTICO**

**PLAN TERAPÉUTICO**

Localidade, < día > de < mes > de < ano >

Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p><b>Servizos de Uroloxía dos hospitais.</b></p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p><b>Hospitalización.</b></p> <p><b>Consultas externas.</b></p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: <b>Facultativos dos servizos de Uroloxía dos hospitais.</b></p> <p> Consulta: <b>Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</b></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</b></p> <p><b>MOTIVO DE ASISTENCIA</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio</p> <p><b>ANTECEDENTES PERSOAIS</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio</p> <p><b>ALERXIAS</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio</p> <p><b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio</p> <p><b>ENFERMIDADE ACTUAL</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio</p> <p><b>ANAMNESE POR APARELLOS</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio.</p> <p><b>EXPLORACIÓN FÍSICA</b></p> <p>Texto.</p> <p>No obligatoria</p> <p><b>XUÍZO CLÍNICO</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio</p>	<p><b>PLAN DIAGNÓSTICO</b></p> <p>Texto.</p> <p>Non obrigatorio</p> <p><b>PLAN TERAPÉUTICO</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



			
Paciente:		Dato Nec.:	Sexo:
NHC:	CIP:	Rólame:	NSS:
Enderezo:		Teléfono:	

**INFORME DE ENDOSCOPIA UROLÓXICA**

SERVIZO: UROLÓXIA

SERVIZO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

SITUACIÓN DO PACIENTE

Ambulante  Ingresado

DATOS CLÍNICOS

\_\_\_\_\_

TÉCNICAS

\_\_\_\_\_

ACHADOS

\_\_\_\_\_

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

\_\_\_\_\_

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
Asido. Dr./Ja. Nome e apelidos do facultativo

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Uroloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Uroloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

SERVIZO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

MÉDICO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

SITUACIÓN DO PACIENTE

Check múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

DATOS CLÍNICOS

Texto.

Obrigatorio.

TÉCNICAS

Texto.

Obrigatorio.

ACHADOS

Texto.

Obrigatorio.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Texto.

Obrigatorio.

						
Paciente:	NHC:	CIP:	Rólame:	Data Nec.:	NSS:	Sexo:
Enderezo:		Teléfono:				
<b>INFORME DE ECOGRAFÍA UROLÓXICA</b>						
SERVIZO: UROLÓXIA						
SERVIZO SOLICITANTE: <input type="text"/>						
MÉDICO SOLICITANTE: <input type="text"/>						
SITUACIÓN DO PACIENTE						
Ambulante <input type="checkbox"/> Ingresado <input type="checkbox"/>						
DATOS CLÍNICOS: <input type="text"/>						
TÉCNICAS: <input type="text"/>						
ACHADOS: <input type="text"/>						
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: <input type="text"/>						
Localidade, < día > de < mes > de < ano >						
Asido. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo						

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Uroloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Uroloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

SERVIZO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

MÉDICO SOLICITANTE

Texto.

Obrigatorio.

SITUACIÓN DO PACIENTE

Check múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

DATOS CLÍNICOS

Texto.

Obrigatorio.

TÉCNICAS

Texto.

Obrigatorio.

ACHADOS

Texto.



Obrigatorio.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Texto.

Obrigatorio.

			
Paciente:		Dpto.:	
NHC:	CIP:	Rxime:	NSS:
Enderezo:		Teléfono:	Sexo:
<b>ESTUDO ANDROLÓXICO</b>			
SERVIZO: UROLOXÍA			
SERVIZO SOLICITANTE: _____			
MÉDICO SOLICITANTE: _____			
SITUACIÓN DO PACIENTE			
Ambulante <input type="checkbox"/> Ingresado <input type="checkbox"/>			
DESCRIBIÓN			
Localidade, < día > de < mes > de < ano > Asno. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo			

<p>ÁMBITOS DE USO</p> <p><b>Servizos de Uroloxía dos hospitais.</b></p> <p>NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO</p> <p><b>Hospitalización.</b></p> <p><b>Consultas externas.</b></p>	<p>PERFÍS PROFESIONAIS DE USO</p> <p> Escritura: <b>Facultativos dos servizos de Uroloxía dos hospitais.</b></p> <p> Consulta: <b>Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.</b></p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO</b></p> <p><b>SERVIZO SOLICITANTE</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>MÉDICO SOLICITANTE</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>SITUACIÓN DO PACIENTE</b></p> <p>Check múltiple.</p> <p>Excluínte.</p> <p>Obrigatorio.</p> <p><b>DESCRIPCIÓN</b></p> <p>Texto.</p> <p>Obligatorio.</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**Data:**

31/3/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**Fernando Veiga Fernández  
C.H. Xeral-Calde.**Grupo de documentalistas asistente:**Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.Román García de la Infanta  
C.H. de OurenseM<sup>a</sup> Holanda Rodríguez Vázquez  
C.H. Universitario de Vigo.**Documentos elaborados:****Anamnese e exploración física.**

Alergloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatria

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

**Xeriatria**

Xinecoloxía

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rótulo: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: XERIATRÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS

HTA  Dislipemia  DM2  Insulina

[Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións] [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional]  
 [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

**ALERXIAS**

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg)  /  FC (batesos/min)  FR (resp/min)

TP (°C)  -  Peso (kg)  Taille (cm)  IMC

Úlceras per presión  Flexión sacra  Trocánteres  Talóns  Outros

Grao

1/3

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rótulo: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

VALORACIÓN PSICAFECTIVA

Escala de depresión xerátrica (Formato reducido)

VALORACIÓN DA MARCHA E EQUILIBRIO

Test de get up and go (gog)

Test do equilibrio de Tinetti

Test de marcha do Tinetti

Total xeral do test de Tinetti

Caídas de repetición

VALORACIÓN SENSORIAL

Diminución agudeza auditiva

Diminución agudeza visual

VALORACIÓN SOCIAL

Problemática social

Institucionalizado

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>

Asdo: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** Hospital de Galicia

Paciente: NHC: CIP: Rótulo: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

[Cabeza] [Pescozo] [Tórax] [Abdomen] [Extremidades] [Neurolóxica] [Xenotourinaria] [Exploración rectal]

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

ESCALAS

VALORACIÓN XERÁTRICA

VALORACIÓN COGNITIVA

SPMSQ de Pfeiffer

MMSE de Folstein

GDS de Reisberg

VALORACIÓN FUNCIONAL

Índice de Katz

Escala de Lawton e Brody

Índice de Barthel

VALORACIÓN NUTRICIONAL

Avaliación do estado nutricional (MNA)

2/3



ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xeriatria dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES PERSOAIS**

**HTA**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Dislipemia**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**DM2**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Insulina**

Check único.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**ALERXIAS**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Texto.

Obrigatorio.

**ENFERMIDADE ACTUAL**

Texto.

Obrigatorio.

**ANAMNESE POR APARELLOS**

Texto.

Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

**TA**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**FC**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**Peso**

Numérico (1).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**Talle**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

Obrigatorio para o cálculo do IMC.

**IMC**

Numérico (2).

Fórmula =  $\text{Peso} / \text{Talle}^2$

Non obrigatorio.

**Úlceras por presión**

Check múltiple.

Non excluínte.

Non obrigatorio.

**Grao**

Combo.

Valores: I / II / III / IV.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**XUÍZO CLÍNICO**

Texto.

Obrigatorio.

**PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.

Non obrigatorio.

**PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.

Obrigatorio.

**VALORACIÓN XERIÁTRICA**

**VALORACIÓN COGNITIVA**

**SPMSQ de Pfeiffer**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**MMSE de Folstein**

Numérico (0).

Non obrigatorio.

**GDS de Reisberg**

Combo.

Valores: 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**VALORACIÓN FUNCIONAL**

**Índice de Katz**

Combo.

Valores: A / B / C / D / E / F / G / H.

Non obrigatorio.

**Escala de Lawton e Brody**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Índice de Barthel**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**VALORACIÓN NUTRICIONAL**

**Avaliación do estado nutricional (MNA)**

Númérico (1).

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**VALORACIÓN PSICOAFECTIVA**

**Escala de depresión xeriátrica (formato reducido)**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**VALORACIÓN DA MARCHA E EQUILIBRIO**

**Test de get up and go (seg.)**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Test do equilibrio de Tinetti**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Test da marcha de Tinetti**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Total xeral do test de Tinetti**

Númérico (0).

Fórmula = Puntuación (TOTAL EQUILIBRIO) + Puntuación (TOTAL MARCHA)

Non obrigatorio.

**Caídas de repetición**

Númérico (0).

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**VALORACIÓN SENSORIAL**

**Diminución agudeza auditiva**

Check único.

Non obrigatorio.

**Diminución agudeza visual**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**VALORACIÓN SOCIAL**

**Problemática social**

Check único.

Texto.

Non obrigatorio.

**Institucionalizado**

Check único.



Texto.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

			
Paciente:		Data Nac.:	Sexo:
NHC:	CIP:	Rxime:	NSS:
Enderezo:		Telefone:	

**SPMSQ DE PFEIFFER**

Short Portable Mental State Questionnaire de Pfeiffer

Adxudicase un punto por cada erro, considerando patolóxico un total de 6 ou máis puntos, e permitiéndose un erro de máis no caso de non ter o paciente estudos primarios ou un erro de menos se posúe estudos superiores.

**SERVIZO: XERIATRÍA**

**PREGUNTA A REALIZAR** **Erros**

¿Que data é hoxe? (día, mes e ano)

¿Que día da semana é hoxe?

¿Onde estamos agora? (pogar ou edificio)

¿Cal é o seu número de teléfono? (se non tivese teléfono, preguntar cal é o seu enderezo)

¿Que idade ten?

¿Cando naceu? (día, mes e ano)

¿Como se chama o presidente do Goberno?

¿Como se chamaba o anterior presidente do Goberno?

¿Cal é o primeiro apelido da súa nai?

Resto de tres en tres desde vinte

**TOTAL**

Localidade, <día> de <mes> de <ano>  
Aedo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

1/1

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xeriatria dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**PREGUNTA A REALIZAR**

Check numérico múltiple.

Non excluínte.

Obrigatorio.

**TOTAL**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Erros).

Obrigatorio.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MMSE DE FOLSTEIN**

**Mini-Mental State Examination of Folstein (versión de Tokosa e cols. 1987)**

**SERVIZO: NEUROLOXÍA**

**ORIENTACIÓN** Puntuación

¿En que ano estamos? 1

¿En que estación estamos? 1

¿En que data estamos? 1

¿En que día estamos? 1

¿En que mes estamos? 1

¿Onde estamos? 1

¿Provincia? 1

¿Nación? 1

¿Cidade? 1

¿Hospital? 1

¿Planta? 1

**FIXACIÓN**

Nomee tres obxectos a intervalos dun segundo.  
 Despois pregúntelle ao paciente os tres.  
 Anote un punto por cada resposta correcta.  
 Repita os obxectos ata que o paciente aprenda os tres.

3

**ATENCIÓN E CÁLCULO**

Series de sete. Anote un punto por cada resposta correcta.  
 Pare despois de cinco respostas.  
 Alternativa: detéctee "mundo" ao revés.

5

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**ORIENTACIÓN**

Pregunte a data. Despois faga preguntas específicas das partes unidas. Por exemplo, ¿pode dicirme, ademais, en que estación estamos? Pregunte alternativamente ¿pode dicirme o nome desta hospital, cidade, país? Dálle un punto a cada resposta correcta.

**FIXACIÓN**

Dígale ao paciente que vai examinar a súa memoria. Despois mencione tres obxectos relacionados, clara e lentamente deixando unha pausa despois de cada un. Logo pídale ao paciente que os repita. A primeira repetición determina a puntuación (0-3), pero faga que siga dicíndollos ata que poida repetir os tres (ata sete intentos). Se non os pode aprender, a memoria non pode ser examinada de modo significativo. 0-3

**ATENCIÓN E CÁLCULO**

Pídale ao paciente que, comezando por 100, conte cara atrás de sete en sete, pero despois de cinco subtraccións (93, 86, 79, 72, 65), anote o número total de respostas correctas. Se o paciente non pode realizar esta proba, pídale que deteñese a palabra "mundo" ao revés. A puntuación que debe asignar é o número de letras na orde correcta (por exemplo, odnuos, 6, odnuos, 3). 0-5

**MEMORIA**

Pregúntelle ao paciente se pode acordarse de tres palabras que previamente lle pediu que recordara (puntuación: 0-3). 0-3

**LINGUAXE**

Denominación: móstralle ao paciente un reloxo de pulsera e pregúntelle que é. Repita o mesmo cun lapis (puntuación: 0-2). 0-2

Repetición: pídale ao paciente que repita unha frase despois de vostede. Permíta só un intento (puntuación: 0-1). 0-1

Fase de ordes: dálle ao paciente unha follas de papel en branco e repita a orde. Anote un punto por cada parte realizada de forma correcta. Con menos de 24 puntos (suave albedado) débese sospeitar demencia.

**TOTAL**

Localidade, <día> de <mes> de <ano>  
 Asdo, Dr./A. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MEMORIA**

Recordo dos tres obxectos aprendidos previamente. 3

Signalo cun lapis e un reloxo. Faga que o paciente os nomee cando vostede sinalo. 2

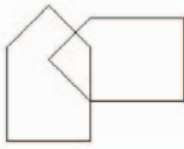
Faga que o paciente repita: "Nin si, nin non, nin peros". 1

Faga que o paciente siga tres tipos de orde: "Colla o papel na súa man dereita, dóbreo pola metade, póñao no chan". 3

Faga que o paciente lea e obedezca ao seguinte: "Eche os ollos" (escrito en letra grande). 1

Faga que o paciente escriba unha frase da súa propia elección (a frase debe ter un suxeito e un obxecto para ter sentido) (faga caso omiso das faltas de ortografía cando puntúa). 1

Amplie o debaixo de abaixo ata 1-6 centímetros por lado e faga que o paciente o copie (anote un punto se todos os lados e os ángulos se manteñen e se os lados que se cruzan toman un cuadrángulo). 1



**TOTAL**

2/3

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xeriatria dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**ORIENTACIÓN**

Check numérico

Non excluínte.

Obrigatorio.

**FIXACIÓN**

Check numérico

Non excluínte.

Obrigatorio.

**ATENCIÓN E CÁLCULO**

Check numérico

Non excluínte.

Obrigatorio.

**MEMORIA**

Check numérico

Non excluínte.

Obrigatorio.

**ORIENTACIÓN**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**FIXACIÓN**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**ATENCIÓN E CÁLCULO**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**MEMORIA**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**LINGUAXE**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**TOTAL**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**GDS DE REISBERG**

Escala de deterioración global de Reisberg

SERVIZO: XERIATRÍA

**GDS-1. Ausencia de alteración cognitiva (MEC de Lobo entre 30 e 35 puntos). Correspóndese co individuo normal:**  
 Ausencia de queixas subjectivas. Ausencia de trastornos evidentes da memoria na entrevista clínica.

**GDS-2. Diminución cognitiva moi leve (MEC de Lobo entre 25 e 30 puntos). Correspóndese coa deterioración de memoria asociada á idade:**  
 Queixas subjectivas de defectos de memoria, sobre todo en:  
 a) Esquecemento de onde colocou obxectos familiares.  
 b) Esquecemento de nomes previamente ben coñecidos.  
 Non hai evidencia obxectiva de defectos de memoria no exame clínico.  
 Non hai defectos obxectivos no traballo ou en situacións sociais.  
 Hai pleno coñecemento e valoración da sintomatoloxía.

**GDS-3. Defecto cognitivo leve (MEC de Lobo entre 20 e 27 puntos). Correspóndese coa deterioración cognitiva leve:**  
 Primeiros defectos claros: manifestacións nunha ou máis destas áreas:  
 a) O paciente pode perderse nun lugar non familiar.  
 b) Os compañeiros detectan rendemento laboral pobre.  
 c) As persoas máis próximas detectan defectos na evocación de palabras e nomes.  
 d) Ao ler un párrafo dun libro rébñ moi pouco material.  
 e) Pode mostrar unha capacidade moi diminuída no recordo das persoas novas que coñeceu.  
 f) Páido perder ou colocar nun lugar erróneo un obxecto de valor.  
 g) Na exploración clínica pode facerse evidente un defecto de concentración.  
 Un defecto obxectivo de memoria unicamente se observa cunha entrevista intensiva.  
 Aparece un decremento dos rendementos en situacións laborais ou sociais esixentes.  
 A negación ou descoñecemento dos defectos faise manifesta no paciente.  
 Os síntomas acompañanse de ansiedade discreta-moderada.

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**GDS-4. Defecto cognitivo grave (MEC de Lobo entre 0 e 12 puntos). Correspóndese cunha demencia en estado moderadamente grave:**  
 Ocasionalmente pode olvidar o nome da esposa, da que, por outra parte, depende totalmente para sobrevivir.  
 Descoñece os acontecementos e experiencias recentes da súa vida.  
 Mantén certo coñecemento da súa vida pasada, pero moi fragmentaria.  
 Xeralmente descoñece o seu conxunto, o ano, a estación, etc.  
 Pode ser incapaz de contar dende 10 cara a atrás, e ás veces cara a diante.  
 Require certa asistencia nas actividades cotiás. Pode ter incontinencia ou requirir axuda para desprazarse, pero pode ir a lugares familiares.  
 O ritmo diño está frecuentemente alterado.  
 Case sempre recorda o seu nome.  
 Frecuentemente segue sendo capaz de distinguir entre as persoas familiares e non familiares do seu conxunto.  
 Cambios emocionais e de personalidade bastante variables, como:  
 a) Condiña delirante: pode acusar de impostura a súa esposa, ou falar con persoas inexistentes, ou coa súa imaxe no espello.  
 b) Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpeza.  
 c) Síntomas de ansiedade, axitación e incluso conduta violenta, previamente inexistente.  
 d) Abulia cognitiva, perda de desexos, falta de elaboración dun pensamento para determinar un curso de acción propositivo.

**GDS-5. Defecto cognitivo moi grave (MEC de Lobo = 0 puntos, impracticable). Correspóndese cunha demencia en estado grave:**  
 Pérdida progresiva das capacidades verbais. Inicialmente pódense verbalizar palabras e frases moi circunscritas; nas últimas fases non hai linguaxe, unicamente gruñidos.  
 Incontinencia de orínfas. Require asistencia no aseo e na alimentación.  
 Vanse perdendo as habilidades psicomotoras básicas, como a deambulación.  
 O cerebro é incapaz de dicir ao corpo o que ten que facer. Frecuentemente aparecen signos e síntomas neurolóxicos xeneralizados e corticais.

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
 Asido, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**GDS-4. Defecto cognitivo moderado (MEC de Lobo entre 16 e 23 puntos). Correspóndese coa demencia en estado leve:**  
 Defectos claramente definidos nunha entrevista clínica cuidadosa nas áreas seguintes:  
 a) Coñecemento diminuído dos acontecementos actuais e recentes.  
 b) O paciente pode presentar certo déficit no recordo da súa propia historia personal.  
 c) Defecto de concentración posto de manifesto na subtracción seriada de setes.  
 d) Capacidade diminuída para viaxes, finanzas, etc.  
 Frecuentemente non hai defectos nas áreas seguintes:  
 a) Orientación en tempo e persoa.  
 b) Recoñecemento de persoas e caras familiares.  
 c) Capacidade de desprazarse a lugares familiares.  
 Incapacidade para realizar tarefas complexas.  
 A negación é o mecanismo de defensa dominante.  
 Diminución do afecto e abandono nas situacións máis esixentes.

**GDS-5. Defecto cognitivo moderado-grave (MEC de Lobo entre 10 e 15 puntos). Correspóndese cunha demencia en estado moderado:**  
 O paciente non pode sobrevivir moito tempo sen algunha asistencia.  
 Non recorda datos relevantes da súa vida actual: a súa dirección ou teléfono de moitos anos, os nomes de familiares próximos (como os netos), o nome da escola, etc.  
 É frecuente certa desorientación no tempo (data, día da semana, estación, etc) ou en lugar.  
 Unha persoa con educación formal pode ter dificultade contando cara a atrás dende 40 de catro en catro, ou dende 20 de dous en dous.  
 Mantén o coñecemento de moitos dos feitos de maior interese concernentes a si mesmo e a outros.  
 Invariably sabe o seu nome, e xeralmente o da súa esposa e fillos.  
 Non require asistencia no aseo nin na comida, pero pode ter certa dificultade na elección dos vestidos adecuados.

2/3

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xeriatria dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**GDS-1. Ausencia de alteración cognitiva (MEC de Lobo entre 30 e 35 puntos). Correspóndese co individuo normal:**

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

**GDS-2. Diminución cognitiva moi leve (MEC de Lobo entre 25 e 30 puntos). Correspóndese coa deterioración de memoria asociada á idade:**

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

**GDS-3. Defecto cognitivo leve (MEC de Lobo entre 20 e 27 puntos). Correspóndese coa deterioración cognitiva leve:**

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

**GDS-4. Defecto cognitivo moderado (MEC de Lobo entre 16 e 23 puntos). Correspóndese cunha demencia en estadio leve:**

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

**GDS-5. Defecto cognitivo moderado-grave (MEC de Lobo entre 10 e 19 puntos). Correspóndese cunha demencia en estadio moderado:**

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

**GDS-6. Defecto cognitivo grave (MEC de Lobo entre 0 e 12 puntos). Correspóndese cunha demencia en estadio moderadamente grave:**

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.


**GDS-7. Defecto cognitivo moi grave (MEC de Lobo = 0 puntos, impracticable). Correspóndese cunha demencia en estadio grave:**

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.



			
Paciente:		Data Nas.:	Sexo:
NHC:	CIP:	Número:	NSS:
Endereço:		Telefone:	

**ÍNDICE DE KATZ**

Índice de Katz de Independência nas atividades da vida diária

**SERVIZO: XERATRÍA**

**BAÑARSE (CÓN ESPONDA, DUCHA OU BAÑEIRA)**

**Independente:** necesita axuda para lavar unha ou parte (como as costas ou unha extremidade incapacitada) ou báñase completamente sen axuda.

**Dependente:** necesita axuda para lavar máis dunha parte do corpo, para saír ou entrar na bañeira, ou non se lava el só.

**VESTIRSE**

**Independente:** colle a roupa só, pónsela, pónse adornos e abrigo e usa cremalleiras (exclúese atar os zapatos).

**Dependente:** non se viste só ou permanece vestido parcialmente.

**USAR O RETRETE**

**Independente:** accede ao retrete, entra e sae del, limpa os órganos excretorios e arranza a roupa (pode usar ou non soporte mecánicos).

**Dependente:** usa outrial ou cufa ou precisa axuda para acceder ao retrete e utilizalo.

**MOBILIDADE**

**Independente:** entra e sae da cama e senta e levanta da cadeira só (pode usar ou non soporte mecánicos).



**Dependente:** precisa de axuda para utilizar a cama e/ou a cadeira; non realiza un ou máis desprazamentos.

**CONTINENCIA**

**Independente:** control completo de micción e defecación.

**Dependente:** incontinencia urinaria ou fecal parcial ou total.

1/2

			
Paciente:		Data Nas.:	Sexo:
NHC:	CIP:	Número:	NSS:
Endereço:		Telefone:	

**ALIMENTACIÓN**

**Independente:** leva a comida dende o prato ou o seu equivalente á boca (exclúese cortar a carne e untar a manteiga ou similar).

**Dependente:** precisa axuda para a acción de alimentarse, ou necesita de alimentación enteral ou parenteral.

**ÍNDICE DE KATZ**

**RESULTADO**

**A. Independente en alimentación, continencia, mobilidade, uso do retrete, vestirse e bañarse.**

**B. Independente para todas as funcións anteriores excepto unha.**

**C. Independente para todas excepto bañarse e outra función adicional.**

**D. Independente para todas excepto bañarse, vestirse e outra función adicional.**

**E. Independente para todas excepto bañarse, vestirse, uso do retrete e outra función adicional.**

**F. Independente para todas excepto bañarse, vestirse, uso do retrete e outra función adicional.**

**G. Dependente nas seis funcións.**

**H. Dependente en polo menos dúas funcións, pero non clasificable como C, D, E ou F.**

Independente significa sen supervisión, dirección ou axuda persoal activa, coas excepcións que se indican máis abaixo. Baséanse no estado actual e non na capacidade de facelas. Considérase que un paciente que se nega a realizar unha función non fai esa función, aínda que sexa considerado capaz.

**O resultado infórmase mediante a letra adecuada, p.e.: Índice de Katz: C.**

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
Asdo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

#### ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xeriatria dos hospitais.**

#### NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

#### PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

#### NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

##### BAÑARSE (CON ESPONXA, DUCHA OU BAÑEIRA)

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### VESTIRSE

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### USAR O RETRETE

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### MOBILIDADE

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### ALIMENTACIÓN

Texto.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### RESULTADO

A. Independente en alimentación, continencia, mobilidade, uso do retrete, vestirse e bañarse.

B. Independente para todas as funcións anteriores agás unha.

C. Independente para todas agás bañarse e outra función adicional.

D. Independente para todas agás bañarse, vestirse e outra función adicional.

E. Independente para todas agás bañarse, vestirse, uso do retrete e outra función adicional.

F. Independente para todas agás bañarse, vestirse, uso do retrete e outra función adicional.

G. Dependente nas seis funcións.

H. Dependente en polo menos dúas funcións, pero non clasificable como C, D, E ou F.

Independente significa sen supervisión, dirección ou axuda persoal activa, coas excepcións que se indican. Baséanse no estado actual e non na capacidade de facelas. Considérase que un paciente que se nega a realizar unha función non fai esa función, aínda que se lle considere capaz.

O resultado infórmase mediante a letra axeitada, p.e.: Índice de Katz: C.

SERVIZO: XERIATRÍA	
<b>CAPACIDADE PARA USAR O TELÉFONO</b>	<b>Puntuación</b>
Utiliza o teléfono por iniciativa propia	1 <input type="checkbox"/>
É capaz de marcar ben algúns números familiares	1 <input type="checkbox"/>
É capaz de contestar ao teléfono, pero non de marcar	1 <input type="checkbox"/>
Non é capaz de usar o teléfono	0 <input type="checkbox"/>
<b>FACER COMPRAS</b>	
Realiza todas as compras necesarias independentemente	1 <input type="checkbox"/>
Realiza independentemente pequenas compras	0 <input type="checkbox"/>
Necesita ir acompañado para facer calquera compra	0 <input type="checkbox"/>
Totalmente incapaz de comprar	0 <input type="checkbox"/>
<b>PREPARACIÓN DA COMIDA</b>	
Organiza, prepara e serve as comidas por si só adecuadamente	1 <input type="checkbox"/>
Prepara adecuadamente as comidas se lle proporcionan os ingredientes	0 <input type="checkbox"/>
Prepara, quenta e serve as comidas, pero non segue unha dieta adecuada	0 <input type="checkbox"/>
Necesita que lle preparen e sirvan as comidas	0 <input type="checkbox"/>
<b>COIDADADA CASA</b>	
Mantén a casa só ou con axuda ocasional (para traballos pesados)	1 <input type="checkbox"/>
Realiza tarefas lixeiras, como lavar os pratos ou facer as camas	1 <input type="checkbox"/>
Realiza tarefas lixeiras, pero non pode manter un adecuado nivel de limpeza	1 <input type="checkbox"/>
Necesita axuda en todas as labores da casa	1 <input type="checkbox"/>
Non participa en ningún labor da casa	0 <input type="checkbox"/>

1/2

SERVIZO: XERIATRÍA	
<b>LAVADO DA ROUPA</b>	
Lava por si só toda a súa roupa	1 <input type="checkbox"/>
Lava por si só pequenas prendas	1 <input type="checkbox"/>
Todo o lavado de roupa debe ser realizado por outro	0 <input type="checkbox"/>
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	
Viaxa só en transporte público ou conduce o seu propio coche	1 <input type="checkbox"/>
É capaz de coller un taxi, pero non usa outro medio de transporte	1 <input type="checkbox"/>
Viaxa en transporte público cando vai acompañado por outra persoa	1 <input type="checkbox"/>
Só utiliza o taxi ou o automóbil con axuda doutros	0 <input type="checkbox"/>
Non viaxa	0 <input type="checkbox"/>
<b>RESPONSABILIDADE RESPECTO A SÚA MEDICACIÓN</b>	
É capaz de tomar a súa medicación ó hora e coa dose correcta	1 <input type="checkbox"/>
Toma a súa medicación se a dose se lle prepara previamente	0 <input type="checkbox"/>
Non é capaz de administrarse a súa medicación	0 <input type="checkbox"/>
<b>MANEJO DOS SEUS ASUNTOS ECONÓMICOS</b>	
Encárgase dos seus asuntos económicos por si só	1 <input type="checkbox"/>
Realiza as compras decíto, pero necesita axuda nas grandes compras, bancos...	1 <input type="checkbox"/>
Incapaz de manexar diñeiro	0 <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>
Localidade, < día > de < mes > de < ano >	
Aedo. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo	

2/2

#### ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xeriatria dos hospitais.**

#### NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

#### PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

#### NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

##### CAPACIDADE PARA USAR O TELÉFONO

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### FACER COMPRAS

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### PREPARACIÓN DA COMIDA

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### COIDADO DA CASA

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### LAVADO DA ROUPA

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### RESPONSABILIDADE RESPECTO Á SÚA MEDICACIÓN

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### MANEXO DOS SEUS ASUNTOS ECONÓMICOS

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### TOTAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

**ÍNDICE DE BARTHEL**

**SERVIZO: XERIATRÍA**

**COMER** Puntuación

**Independente:** Capaz de utilizar calquera instrumento necesario, capaz de esmizar a comida, estender a maníga, usar condimentos, etc., por si só. Come nun tempo razoable. A comida pode ser cocida e servida por outra persoa. 10

**Necesita axuda:** para cortar a carne ou o pan, estender a maníga, etc., pero é capaz de comer só. 5

**Dependente:** Necesita ser alimentado por outra persoa. 0

**LAVARSE (BAÑARSE)**

**Independente:** Capaz de lavarse enteiro, pode ser usando a ducha, a bañeira ou permanecendo de pé e aplicando a esponxa sobre todo o corpo. Inclúe entrar e saír do baño. Pode realizalo todo sen estar unha persoa presente. 5

**Dependente:** Necesita algunha axuda ou supervisión. 0

**VESTIRSE**

**Independente:** Capaz de poñer e quitar toda a roupa, atar os zapatos, abrochar os botóns e colocar os complementos que precisa (ex. bragueiro, corsé, etc.) sen axuda. 10

**Necesita axuda:** pero realiza só polo menos a metade das tarefas nun tempo razoable. 5

**Dependente:** 0

**ARRANDARSE**

**Independente:** Realiza todas as actividades persoais sen ningunha axuda. Inclúe lavar a cara e as mans, pelearse, maquillarse, afeitarse e lavar os dentes. Os complementos necesarios para estas actividades poden ser provistos por outra persoa. 5

**Dependente:** Necesita algunha axuda. 0

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
Asido, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

**DEAMBULACIÓN**

**Independente:** Pode camiñar polo menos 60 metros, ou o seu equivalente na casa sen axuda ou supervisión. A velocidade non é importante. Pode usar calquera axuda (bastóns, muletas, etc.) excepto andador. Se utiliza prótese é capaz de poñela e quitála só. 10

**Necesita axuda, supervisión ou pequena axuda física (persoa non moi forte) para andar 60 m.** Inclúe instrumentos ou axudas para permanecer de pé (andador). 10

**Independente en cadeira de rodas:** En 50 m. Debe ser capaz de desprazarse, cruzar portas e dobrar esquinas só. 5

**Dependente:** Inclúe ser rodado por outros se utiliza cadeira de rodas. 0

**SUBIR E BAXAR ESCALEIRAS**

**Independente:** Capaz de subir e baixar un piso sen axuda nin supervisión. Pode utilizar o apoio que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) e o pasacámbios. 10

**Necesita axuda, supervisión física ou verbal.** 5

**Dependente:** Incapaz de salvar chanzos. Necesita elevador (ascensor). 0

**TOTAL**

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
Asido, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róxime: Data Nac.: NSS: Sexo: Enderezo: Teléfono:

**DEPOSICIÓN**

**Contínente:** Ningún episodio de incontinencia. Se necesita enema ou supositorios, é capaz de poñelo por si mesmo. 10

**Accidente ocasional:** Menos dunha vez por semana ou necesita axuda para enemas ou supositorios. 5

**Incontinente:** Inclúe administración de enemas ou supositorios para outro. 0

**MICCIÓN (valorar a semana previa)**

**Contínente:** Ningún episodio de incontinencia (seco día e noite). Capaz de usar calquera dispositivo. En pacientes sondados inclúese poder cambiar a bolsa eles mesmos. 10

**Accidente ocasional:** Máximo un en 24 horas. Inclúe necesitar axuda na manipulación de sondas ou dispositivos. 5

**Incontinente:** Inclúe pacientes con sonda incapaces de manexarse. 0

**IR AO RETRETE**

**Independente:** Entra e sae só. Capaz de quitar e poñer a roupa, limparse, previr manchado da roupa e tirar da cadeira. Capaz de sentarse e levantarse do retrete sen axuda (pode utilizar barras para apoiarse). Se usa penico (pufal, botella, etc.) é capaz de utilizalo e baleiralo completamente sen axuda e sen manchar. 10

**Necesita axuda:** Capaz de manexarse con pequena axuda de equilibrio, quitar e poñer a roupa ou usar o papel hixiénico. Aínda é capaz de utilizar o retrete. 5

**Dependente:** Incapaz de manexarse sen asistencia maior. 0

**TRAGLADARSE SÓ/Á CAMA**

**Independente:** Sen axuda en todas as fases. Se utiliza cadeira de rodas: aproxímase á cama, frea, despraza o apoiapés, pecha a cadeira, cótcase en posición de sentado nun lado da cama, míntase e déltase e pode volver á cadeira sen axuda. 15

**Mínima axuda:** Inclúe supervisión verbal ou pequena axuda física tal como a ofrecida por unha persoa non moi forte ou sen adestramento. 10

**Gran axuda:** Capaz de estar sentado sen axuda, pero necesita moita asistencia (persoa forte ou adestrada) para saír e entrar na cama ou desprazarse. 5

**Dependente:** Necesita guindastre ou ser levantado completamente por 2 persoas. Incapaz de permanecer sentado. 0

2/3

#### ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xeriatria dos hospitais.**

#### NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

#### PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

#### NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

##### COMER

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### LAVARSE (BAÑARSE)

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### VESTIRSE

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### ARRANXARSE

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### DEPOSICIÓN

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### MICCIÓN

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### IR AO RETRETE

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### TRASLADARSE SOFÁ/CAMA

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### DEAMBULACIÓN

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### SUBIR E BAIXAR ESCALEIRAS

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### TOTAL

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiimo: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Telefone:

**MNA**  
 Mini-Nutritional Assessment

SERVIZO: XERIATRÍA

Resposta: É posible puntuar de construción laborada a puntuación máxima para cada pregunta. Seleccionar os puntos correspondentes á calificación e, se o caso é igual ou inferior a 11, completar o construción para obter unha apreciación precisa do estado nutricional.

**CRIBAXE** Puntuación

A ¿Perdeu o apetito? ¿Comeu menos por falta de apetito, problemas dixestivos, dificultades de masticación ou deglución nos últimos 3 meses?

0 = anorexia grave.  
 1 = anorexia moderada.  
 2 = sen anorexia.

B Perda recente de peso (< 3 meses).  
 0 = perda de peso > 3 kg  
 1 = non o sabe.  
 2 = perda de peso entre 1 e 3 kg  
 3 = non houbo perda de peso.

C Mobilidade.  
 0 = da cama ao sofá.  
 1 = autonomía no interior.  
 2 = sae do domicilio.

D ¿Tivo unha enfermidade aguda ou situación de estrés psicolóxico nos últimos 3 meses?  
 0 = si.  
 2 = non.

E Problemas neuropsicolóxicos.  
 0 = demencia ou depresión grave.  
 1 = demencia ou depresión moderada.  
 2 = sen problemas psicolóxicos.

F Índice de masa corporal = Peso en kg / (Talla en m)<sup>2</sup>  
 0 = IMC < 19.  
 1 = 19 ≤ IMC < 21.  
 2 = 21 ≤ IMC < 23.  
 3 = IMC ≥ 23.

PUNTOS TOTAIS DA CRIBAXE (subtotal máximo 14 puntos)

1/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiimo: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Telefone:

**MNA**  
 Mini-Nutritional Assessment

N Forma de alimentarse.

0 = necesita axuda.  
 1 = aliméntase só con dificultade.  
 2 = aliméntase só sen dificultade.

O ¿Considérase o paciente que está ben nutrido? (problemas nutricionais)  
 0 = malnutrición grave.  
 1 = non o sabe ou malnutrición moderada.  
 2 = sen problemas de nutrición.

P En comparación coas persoas da súa idade, ¿cómo encontra o paciente o seu estado de saúde?  
 0,0 = peor.  
 0,5 = non o sabe.  
 1,0 = igual.  
 2,0 = mellor.

Q Circunferencia braquial (CB en cm)  
 0,0 = CB < 21.  
 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22.  
 1,0 = CB > 22.

R Circunferencia do papo día perna (CP en cm)  
 0 = CP < 31.  
 1 = CP ≥ 31.

PUNTOS TOTAIS DA AVALIACIÓN (subtotal máximo 16 puntos)

PUNTOS GLOBAIS DO MNA (total máximo 30 puntos)

**Avaliación do estado nutricional**

De 17 a 23,5 puntos: **Risco de malnutrición**  
 Menos de 17 puntos: **Malnutrición**

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
 Asido: Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

3/3

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Rxiimo: Data Nac.: NSS: Sexo:   
 Enderezo: Telefone:

12 puntos ou máis: **Normal, non é necesario continuar a avaliación.**  
 11 puntos ou menos: **Posible malnutrición, continuar a avaliación.**

**AVALIACIÓN** Puntuación

G ¿O paciente vive independente no seu domicilio?  
 0 = non.  
 1 = si.

H ¿Toma máis de 3 medicamentos ao día?  
 0 = si.  
 1 = non.

I ¿Úlceras ou lesións cutáneas?  
 0 = si.  
 1 = non.

J ¿Cantas comidas completas toma ao día? Equivalentes a dous pratos e sobremesa.  
 0 = 1 comida.  
 1 = 2 comidas.  
 2 = 3 comidas.

K ¿Consome o paciente produtos lácteos polo menos unha vez ao día? ovos ou legumes 1 ou 2 veces á semana? carne, peixe ou aves diariamente?  
 0,0 = 0 ou 1 si.  
 0,5 = 2 si.  
 1,0 = 3 si.

L ¿Consome froitas ou verduras polo menos 2 veces ao día?  
 0 = non.  
 1 = si.

M ¿Cantos vasos de auga ou outros líquidos toma ao día? (auga, zume, café, té, leite, vello, cervexa...)  
 0,0 = menos de 3 vasos.  
 0,5 = de 3 a 5 vasos.  
 1,0 = máis de 5 vasos.

2/3

ÁMBITOS DE USO

Servizos de Xeriatria dos hospitais.

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

CRIBAXE

**A ¿Perdeu o apetito? ¿Comeu menos por falta de apetito, problemas dixestivos, dificultades de mastigación ou deglución nos últimos 3 meses?**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**B Perda recente de peso (< 3 meses).**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**C Mobilidade.**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**D ¿Tivo unha enfermidade aguda ou situación de estrés psicolóxico nos últimos 3 meses?**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**E Problemas neuropsicolóxicos.**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**F Índice de masa corporal = Peso / Talle<sup>2</sup>**

Numérico (0).

Obrigatorio.

PUNTOS TOTAIS DA CRIBAXE

Numérico (0).

Fórmula = SUMA CRIBAXE.

Obrigatorio.

AVALIACIÓN

**G ¿O paciente vive independente no seu domicilio?**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**H ¿Toma máis de 3 medicamentos ao día?**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**I ¿Úlceras ou lesións cutáneas?**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**J ¿Cantas comidas completas toma ao día? Equivalentes a dous pratos e sobremesa.**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**K ¿Consome o paciente produtos lácteos polo menos unha vez ao día?**

Check numérico único

Obrigatorio.

**ovos ou legumbres 1 ou 2 veces á semana?**

Check numérico único

Obrigatorio.

**carne, peixe ou aves diariamente?**

Check numérico único

Obrigatorio.

Total K

Numérico (1).

Fórmula = SUMA 3 PREGUNTAS K.

**L ¿Consome froitas ou verduras polo menos 2 veces ao día?**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**M ¿Cantos vasos de auga ou outros líquidos toma ao día? (auga, zume, café, té, leite, viño, cervexa...)**

Numérico (1).

Obrigatorio.

**N Forma de alimentarse.**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**O ¿Considera o paciente que está ben nutrido? (problemas nutricionais)**

Numérico (0).

Obrigatorio.

**P En comparación coas persoas da súa idade, ¿como encontra o paciente o seu estado de saúde?**

Numérico (1).

Obrigatorio.

**Q Circunferencia braquial.**

Numérico (1).

Obrigatorio.

**R Circunferencia do papo da perna.**

Numérico (0).

Obrigatorio.

PUNTOS TOTAIS DA AVALIACIÓN

Numérico (1).

Fórmula = SUMA AVALIACIÓN.

Obrigatorio.



PUNTOS GLOBAIS DO MNA

Numérico (1).

Fórmula = SUMA CRIBAXE + AVALIACIÓN.

Obrigatorio.



Paciente: \_\_\_\_\_ Data Nac.: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 NHC: \_\_\_\_\_ CIP: \_\_\_\_\_ Réxime: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_\_  
 Enderezo: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### ESCALA DE DEPRESIÓN XERIÁTRICA

Formato reducido

**SERVIZO: XERIATRÍA**

**PREGUNTA A REALIZAR**

¿Está vostede basicamente satisfeito coa súa vida?	S <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
¿Abandonou vostede moitas das súas actividades ou intereses?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Sente que a súa vida está baleira?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Está a maior parte do tempo aburrido?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Está de bo humor a maior parte do tempo?	S <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
¿T en medo de que algo malo lle vaia pasar?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Séntese feliz a maior parte do tempo?	S <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
¿Séntese inútil a maior parte do tempo?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Prefire quedar na casa en vez de saír á rúa e facer cousas novas?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Cre que ten máis problemas de memoria que as persous da súa idade?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
Cre que é marabílloso vivir?	S <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
¿Séntese moi preocupado por como lle van as cousas actualmente?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Séntese cheo de enerxía?	S <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
¿Cre que a súa situación é desesperada?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
¿Cre que a maior parte da xente está mellor que vostede?	S <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>	<input type="text"/>	# <input type="text"/>

**Normal: 3 # 2    Suspeita: 7 # 3    Depresión: 12 # 2**

Localidade, < día > de < mes > de < ano >  
Asó. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xeriatria dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**PREGUNTA A REALIZAR**

Check numérico único.

Non excluínte.

Obrigatorio.

Un punto por cada resposta en vermello.

**TOTAL**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

**SER GAS** **Hospital**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**VALORACIÓN DO EQUILIBRIO E DA MARCHA**

**Test de Tinetti**

SERVIZO: XERIATRÍA

**PARTE I: EQUILIBRIO**

**INSTRUCCIÓN:** suxeito sentado nunha cadeira sen brazos

**EQUILIBRIO SENTADO**

Inclínase ou desprazase na cadeira	0	<input type="checkbox"/>
Firme e seguro	1	<input type="checkbox"/>

**LEVANTARSE**

Incapaz sen axuda	0	<input type="checkbox"/>
Capaz utilizando os brazos como axuda	1	<input type="checkbox"/>
Capaz sen utilizar os brazos	2	<input type="checkbox"/>

**INTENTOS DE LEVANTARSE**

Incapaz sen axuda	0	<input type="checkbox"/>
Capaz, pero necesita máis dun intento	1	<input type="checkbox"/>
Capaz de levantarse cun intento	2	<input type="checkbox"/>

**EQUILIBRIO INMEDIATO (5 min) AO LEVANTARSE**

Inestable (cambaléase, move os pés, marcado balanceo do tronco)	0	<input type="checkbox"/>
Estable, pero usa andador, bastón, muletas ou outros obxectos de soporte	1	<input type="checkbox"/>
Estable sen usar bastón ou outros soportes	2	<input type="checkbox"/>

**EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN**

Inestable	0	<input type="checkbox"/>
Estable con aumento da área de sustentación (os talóns separados máis de 10 cm) ou usa bastón, andador ou outro soporte	1	<input type="checkbox"/>
Base de sustentación estreita sen ningún soporte	2	<input type="checkbox"/>

1/4

**SER GAS** **Hospital**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**PARTE II: MARCHA**

**INSTRUCCIÓN:** o suxeito de pé co examinador, camiña polo corredor ou pelo cuarto, primeiro co seu paso habitual, regresando co "paso rápido, pero seguro" usando as súas axudas habituais para a marcha, como bastón ou andador

**INICIO DA MARCHA**

Imediatamente despois de dicir "camiña"	Puntuación	
Dubida ou vacila ou múltiples intentos para comezar	0	<input type="checkbox"/>
Non vacilante	1	<input type="checkbox"/>

**LONGITUDE E ALTURA DO PASO**

O pé dereito non supera ao esquerdo co paso na fase de balanceo	0	<input type="checkbox"/>
O pé dereito supera ao esquerdo co paso	1	<input type="checkbox"/>
O pé dereito non se levanta completamente do chan co paso na fase de balanceo	0	<input type="checkbox"/>
O pé dereito levántase completamente	1	<input type="checkbox"/>
O pé esquerdo non supera ao dereito na fase de balanceo	0	<input type="checkbox"/>
O pé esquerdo supera ao dereito co paso	1	<input type="checkbox"/>
O pé esquerdo non se levanta completamente do chan co paso na fase de balanceo	0	<input type="checkbox"/>
O pé esquerdo levántase completamente	1	<input type="checkbox"/>

**SIMETRÍA DO PASO**

A lonxitude do paso co pé dereito e esquerdo é diferente (estimada)	0	<input type="checkbox"/>
Os pasos son iguais en lonxitude	1	<input type="checkbox"/>

**CONTINUIDADE DOS PASOS**

Para ou hai descontinuidade entre os pasos	0	<input type="checkbox"/>
Os pasos son continuos	1	<input type="checkbox"/>

3/4

**SER GAS** **Hospital**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**EMPURRÓN**

Suxeito en posición firme cos pés tan xuntos como sexa posible, o examinador empurra sobre o esterno do paciente coa palma 3 veces

Tende a caer	0	<input type="checkbox"/>
Cambaléase, suxúltase, pero mantense el só	1	<input type="checkbox"/>
Firme	2	<input type="checkbox"/>

**OLLOS PECHADOS**

Suxeito en posición firme cos pés tan xuntos como sexa posible, o examinador empurra sobre o esterno do paciente coa palma 3 veces

Inestable	0	<input type="checkbox"/>
Estable	1	<input type="checkbox"/>

**XIRO DE 360º**

Pasos descontinuos	0	<input type="checkbox"/>
Pasos continuos	1	<input type="checkbox"/>
Inestable (cóllese ou cambaléa)	0	<input type="checkbox"/>
Estable	1	<input type="checkbox"/>

**SENTARSE**

Inseguro (calcula mal a distancia, cae na cadeira)	0	<input type="checkbox"/>
Usa os brazos ou non tan un movemento suave	1	<input type="checkbox"/>
Seguro, movemento suave	2	<input type="checkbox"/>

**TOTAL EQUILIBRIO**

2/4

**SER GAS** **Hospital**

Paciente: NHC: CIP: Réxime: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**TRAXECTORIA**

Estimada en relación cos baldosíns do chan de 30 cm de diámetro, obsérvase a desviación dun pé en 3 m de distancia

Markada desviación	0	<input type="checkbox"/>
Desviación moderada ou media ou utiliza axudas	1	<input type="checkbox"/>
Dereito sen utilizar axudas	2	<input type="checkbox"/>

**TRONCO**

Markado balanceo ou utiliza axudas	0	<input type="checkbox"/>
Non balanceo pero hai flexión de xeonllos ou costas ou extensión cara a fóra dos brazos	1	<input type="checkbox"/>
Non balanceo nin flexión, nin utiliza axudas	2	<input type="checkbox"/>

**POSTURA NA MARCHA**

Talóns separados	0	<input type="checkbox"/>
Talóns case se tocan mentres camiña	1	<input type="checkbox"/>

**TOTAL MARCHA**

**TOTAL XERAL**

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
 Asó. Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

#### ÁMBITOS DE USO

Servizos de Xeriatria dos hospitais.

#### NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

Hospitalización.

Consultas externas.

#### PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xeriatria dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

### NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

#### PARTE I: EQUILIBRIO

##### EQUILIBRIO SENTADO

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### LEVANTARSE

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### INTENTOS DE LEVANTARSE

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### EQUILIBRIO INMEDIATO (5 min) AO LEVANTARSE

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### EMPURRÓN

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

### OLLOS PECHADOS

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

### XIRO DE 360°

#### Pasos discontinuos / Pasos continuos

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

#### Inestable (cóllese ou cambalea) / Estable

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

### SENTARSE

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

### TOTAL EQUILIBRIO

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

O valor máximo é de 16 puntos.

Obrigatorio.

#### PARTE II: MARCHA

##### INICIO DA MARCHA

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

### LONXITUDE E ALTURA DO PASO

**O pé dereito non supera ao esquerdo co paso na fase de balanceo / O pé dereito supera ao esquerdo co paso**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**O pé dereito non se levanta completamente do chan co paso na fase de balanceo / O pé dereito levántase completamente**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**O pé esquerdo non supera ao dereito co paso na fase de balanceo / O pé esquerdo supera ao dereito co paso**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**O pé esquerdo non se levanta completamente do chan co paso na fase de balanceo / O pé esquerdo levántase completamente**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

##### SIMETRÍA DO PASO

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**CONTINUIDADE DOS PASOS**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**TRAXECTORIA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**TRONCO**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**POSTURA NA MARCHA**

Check numérico múltiple.

Excluínte.

Obrigatorio.

**TOTAL MARCHA**

Numérico (0).

Fórmula = SUMA (Puntuación).

Obrigatorio.

O valor máximo é de 12 puntos.

**TOTAL XERAL**

Numérico (0).

Fórmula = Puntuación (TOTAL EQUILIBRIO) + Puntuación (TOTAL MARCHA)

Obrigatorio.

O valor máximo é de 28 puntos.

**Data:**

27/1/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

José L. Gómez Parga  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Javier Martínez Pérez-Mendaña  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M<sup>a</sup> Dolores Fandiño García  
C.H. Xeral-Calde.

Susana Blanco Pérez  
C.H. de Ourense.

Jaime Dapena González  
C.H. de Pontevedra.

Ángel de la Orden de Frutos  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ramón Ares Rico  
Servizo de Procesos Asistenciais.

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

Román García de la Infanta  
C.H. de Ourense.

Mar Díaz Terciado  
C.H. Universitario de Vigo.

**Documentos elaborados:**

**Anamnese e exploración física.**

**Informe de ecografía xinecolóxica.**

**Data:**

14/2/2006

**Grupo clínico de asesores asistente:**

José L. Gómez Parga  
C.H. Universitario Juan Canalejo.

Javier Martínez Pérez-Mendaña  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

M<sup>a</sup> Dolores Fandiño García  
C.H. Xeral-Calde.

Susana Blanco Pérez  
C.H. de Ourense.

Roberto Rodríguez Núñez  
C.H. de Ourense.

Jaime Dapena González  
C.H. de Pontevedra.

Ángel de la Orden de Frutos  
C.H. Universitario de Vigo.

**Grupo de documentalistas asistente:**

Ignacio Juanatey Dorado  
C.H. Arquitecto Marcide-Novoa Santos.

**Documentos elaborados:**

**Anamnese e exploración física.**

Alergoloxía

Anestesioloxía e Reanimación

Anxioloxía e Cirurxía Vascular

Aparello Dixestivo

Cardioloxía

Cirurxía Cardíaca

Cirurxía Maxilofacial

Cirurxía Pediátrica

Cirurxía Plástica

Cirurxía Torácica

Cirurxía Xeral e Dixestiva

Dermatoloxía

Endocrinoloxía

Hematoloxía Clínica

Hospitalización a Domicilio

Medicina Interna

Medicina Intensiva

Medicina Preventiva

Nefroloxía

Neurocirurxía

Neurofisioloxía Clínica

Neuroloxía

Obstetricia

Oftalmoloxía

Oncoloxía Médica

Otorrinolaringoloxía

Pediatría

Pneumoloxía

Psiquiatría

Radiodiagnóstico

Rehabilitación

Reumatoloxía

Traumatoloxía

Uroloxía

Xeriatría

**Xinecoloxía**

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róximo: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**ANAMNESE E EXPLORACIÓN FÍSICA**

SERVIZO: XINECOLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA

ANTECEDENTES PERSOAIS

Embarazos  Abortos  Prematuros  A termo  Vivos

THI (día/Mes) - / - DUR (dómm/vaaaa) - / -  
Tipos de métodos de contracepción Indica o inicio da menopausa

Menarquia (anos)  Menopausa (anos)

[Antecedentes obstétricos e xinecolóxicos] [Enfermidades] [Intervencións] [Transfusións]  
 [Hábitos tóxicos] [Situación social e funcional] [Medicación actual] [Profesión] [Outros]

**ALERXIAS**

ANTECEDENTES FAMILIARES

ENFERMIDADE ACTUAL

ANAMNESE POR APARELLOS

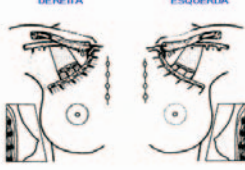
1/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róximo: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

MAMAS, MAMILAS E AXILAS Normal

DEREITA ESQUERDA



PROBAS COMPLEMENTARIAS

CITOLOXÍA Normal

COLPOSCOPIA Normal

EXSUDADO Normal

ECOGRAFÍA XENITAL Normal

ANÁLITICAS (HPV) Normal

3/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róximo: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

VULVA Normal

VAXINA Normal

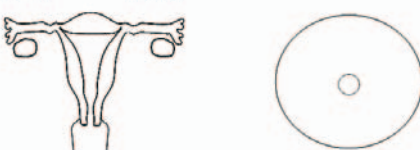
CÉRVIX Normal

ÚTERO Normal

ANEXO DEREITO Normal  Non palpable

ANEXO ESQUERDO Normal  Non palpable

DEREITA ESQUERDA



2/4

**SERGAS** **HOSPITAL**

Paciente: NHC: CIP: Róximo: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

MAMOGRAFÍA Normal

ECOGRAFÍA DE MAMA Normal

BIOPSIA Normal

OUTRAS Normal

XUÍZO CLÍNICO

PLAN DIAGNÓSTICO

PLAN TERAPÉUTICO

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
 Asido, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

4/4

ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xinecoloxía dos hospitais.**

NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xinecoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

**NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO**

**MOTIVO DE ASISTENCIA**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES PERSOAIS**

**Embarazos**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Abortos**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Prematuros**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**A termo**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Vivos**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**THR**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cabre outra epígrafe deste apartado.

**DUR**

Data.

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Menarquía**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Menopausa**

Numérico (0).

Non obrigatorio se cobre outra epígrafe deste apartado.

**Cadro de texto**

Texto.

Obrigatorio se non cobre ningunha outra epígrafe deste apartado.

**ALERXIAS**

Texto.

Obrigatorio.

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Texto.

Obrigatorio.

**ENFERMIDADE ACTUAL**

Non obrigatorio.

Texto.

**ANAMNESE POR APARELLOS**

Texto.

Non obrigatorio.

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

**VULVA**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**VAXINA**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**CÉRVIX**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.

**ÚTERO**

**Normal**

Check único.

Non obrigatorio.

**Cadro de texto**

Texto.

Non obrigatorio.



#### **ANEXO DEREITO**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Non palpable**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **ANEXO DEREITO**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Non palpable**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **MAMAS, MAMILAS E AXILAS**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

#### **PROBAS COMPLEMENTARIAS**

##### **CITOLOXÍA**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **COLPOSCOPIA**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **EXSUDADO**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **ECOGRAFÍA XENITAL**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **ANALÍTICAS (HPV)**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **MAMOGRAFÍA**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **ECOGRAFÍA DE MAMA**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **BIOPSIA**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **OUTRAS**

##### **Normal**

Check único.  
Non obrigatorio.

##### **Cadro de texto**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **XUÍZO CLÍNICO**

Texto.  
Obrigatorio.

##### **PLAN DIAGNÓSTICO**

Texto.  
Non obrigatorio.

##### **PLAN TERAPÉUTICO**

Texto.  
Obrigatorio.

**SERGAS** 

Paciente: NHC: CIP: Róximo: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**INFORME DE ECOGRAFÍA XINECOLÓGICA**

SERVIZO: XINECOLOXÍA

MOTIVO DE ASISTENCIA:

DUR (dd/mm/aaaa)  /  /  Menopausa (anos)

*Indica a súa idade*

**ÚTERO**

Normal  Diámetros (mm)  x  x   
*Submucosa Músculos Labial*

CAVIDADE UTERINA Tamaño (mm)

CÉRVIX

**ANEXO DEREITO**

Normal  Non visible

Diámetros maiores (mm)  x

**ANEXO ESQUERDO**

Normal  Non visible

Diámetros maiores (mm)  x


1/2

**SERGAS** 

Paciente: NHC: CIP: Róximo: Data Nac.: NSS: Sexo:  
 Enderezo: Teléfono:

**DOUGLAS**

DEREITA ESQUERDA POSTERIOR ANTERIOR



COMENTARIOS

Localidade, <dia> de <mes> de <ano>  
 Asido, Dr./a. Nome e apelidos do facultativo

2/2

#### ÁMBITOS DE USO

**Servizos de Xinecoloxía dos hospitais.**

#### NODOS AOS QUE IRÁ ASOCIADO

**Hospitalización.**

**Consultas externas.**

#### PERFÍS PROFESIONAIS DE USO



Escritura: **Facultativos dos servizos de Xinecoloxía dos hospitais.**



Consulta: **Todos os facultativos dos hospitais e de atención primaria.**

### NORMAS PARA CUBRIR O DOCUMENTO

#### MOTIVO DE ASISTENCIA

Texto.

Obrigatorio.

#### FUR

Data.

Non obrigatorio.

#### Menopausa

Numérico (0).

Non obrigatorio.

#### ÚTERO

##### Normal

Check.

Non obrigatorio.

##### Diámetros

Numérico (0).

Non obrigatorio.

#### CAVIDADE ENDOMETRIAL

##### Tamaño

Numérico (0).

Non obrigatorio.

##### Cadro de texto

Texto.

Non obrigatorio.

#### CÉRVIX

Texto.

Non obrigatorio.

#### ANEXO DEREITO

##### Normal

Check único.

Non obrigatorio.

##### Non visible

Check único.

Non obrigatorio.

##### Cadro de texto

Texto.

Non obrigatorio.

#### ANEXO ESQUERDO

##### Normal

Check único.

Non obrigatorio.

##### Non visible

Check único.

Non obrigatorio.

##### Cadro de texto

Texto.

Non obrigatorio.

#### DOUGLAS

Texto.

Non obrigatorio.

#### COMENTARIOS

Texto.

Non obrigatorio.

## **ANEXO: NORMATIVA ACTUAL DE APLICACIÓN Á DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

**NORMATIVA ESTATAL ■**

**NORMATIVA AUTONÓMICA ■**

## ■ **NORMATIVA ESTATAL**

- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DO 27 DE DECEMBRO DE 1978. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 29 DE DECEMBRO DE 1978, NÚM. 311.
- LEI XERAL DE SANIDADE 14/1986, DO 25 DE ABRIL. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 29 DE ABRIL DE 1986, NÚM. 102.
- LEI 16/2003, DO 28 MAIO, DE COHESIÓN E CALIDADE DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 29 DE MAIO DE 2003, NÚM. 128.
- REAL DECRETO 63/1995, DO 20 DE XANEIRO, DE ORDENACIÓN DAS PRESTACIÓNS SANITARIAS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 10 DE FEBREIRO DE 1995, NÚM. 35.
- LEI 41/2002, DO 14 NOVEMBRO, BÁSICA REGULADORA DA AUTONOMÍA DO PACIENTE E DE DEREITOS E OBRIGACIÓNS EN MATERIA DE INFORMACIÓN E DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 15 DE NOVEMBRO DE 2002, NÚM. 274.
- LEI ORGÁNICA 15/1999, DO 13 DE DECEMBRO, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 14 DE DECEMBRO DE 1999, NÚM. 298.
- REAL DECRETO 994/1999, DO 11 DE XUÑO, POLO QUE SE APROBA O REGULAMENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDADE DOS FICHEIROS AUTOMATIZADOS QUE CONTEÑAN DATOS DE CARÁCTER PERSOAL. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 25 DE XUÑO DE 1999, NÚM. 151.
- LEI 59/2003, DO 19 DE DECEMBRO, SOBRE NORMAS REGULADORAS DE SINATURA ELECTRÓNICA. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 20 DE DECEMBRO DE 2003, NÚM. 304.
- LEI 44/2003, DO 21 NOVEMBRO, DE ORDENACIÓN DAS PROFESIÓNS SANITARIAS. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 22 DE NOVEMBRO DE 2003, NÚM. 280.
- LEI 55/2003, DO 16 DECEMBRO, ESTATUTO MARCO DO PERSOAL ESTATUTARIO DOS SERVIZOS DE SAÚDE. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 17 DE DECEMBRO DE 2003, NÚM. 301.
- LEI ORGÁNICA 1/1982, DO 5 DE MAIO, SOBRE PROTECCIÓN CIVIL DO DEREITO AO HONOR, Á INTIMIDADE PERSOAL E FAMILIAR E Á PROPIA IMAXE. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 14 DE MAIO DE 1982, NÚM. 115.
- LEI ORGÁNICA 10/1995, DO 23 DE NOVEMBRO, POLA QUE SE APROBA O CÓDIGO PENAL. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 24 DE NOVEMBRO DE 1995, NÚM. 281.
- LEI 1/2000, DO 7 DE XANEIRO, DE ENXUIZAMENTO CIVIL. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 8 DE XANEIRO DE 2000, NÚM. 7.

## ■ **NORMATIVA AUTONÓMICA**

- LEI 7/2003, DO 9 DE DECEMBRO, DE ORDENACIÓN SANITARIA DE GALICIA. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 14 DE XANEIRO DE 2004, NÚM. 12; *DIARIO OFICIAL DE GALICIA* DO 19 DE DECEMBRO DE 2003, NÚM. 246.
- LEI 3/2001 DO 28 DE MAIO, DE GALICIA, SOBRE NORMAS REGULADORAS DO CONSENTIMENTO INFORMADO E DA HISTORIA CLÍNICA DOS PACIENTES. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO* DO 3 DE XULLO DE 2001, NÚM. 158; *DIARIO OFICIAL DE GALICIA* DO 8 DE XUÑO DE 2001, NÚM. 111.
- LEI 3/2005, DO 7 DE MARZO, DE MODIFICACIÓN DA LEI 3/2001, DO 28 DE MAIO, REGULADORA DO CONSENTIMENTO INFORMADO E DA HISTORIA CLÍNICA DOS PACIENTES. *DIARIO OFICIAL DE GALICIA* DO 21 DE MARZO DE 2001, NÚM. 55.
- ORDE DO 7 ABRIL DE 1993 REGULADORA DO CONXUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE ALTA HOSPITALARIA. *DIARIO OFICIAL DE GALICIA* DO 26 DE ABRIL DE 1993, NÚM. 77.
- DECRETO 52/2001, DO 22 DE FEBREIRO, POLO QUE SE REGULA A ACREDITACIÓN DOS CENTROS HOSPITALARIOS DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA. *DIARIO OFICIAL DE GALICIA* DO 12 DE MARZO DE 2001, NÚM. 50.
- DECRETO 292/2001, DO 8 DE NOVEMBRO, POLO QUE SE CONFIGURA A CATEGORÍA DE MÉDICO DE ADMISIÓN E DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. *DIARIO OFICIAL DE GALICIA* DO 22 DE NOVEMBRO DE 2001, NÚM. 226.

## ■ **NORMATIVA ESTATAL**

**CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DO 27 DE DECEMBRO DE 1978. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 29 DE DECEMBRO DE 1978, NÚM. 311.**

**Artigo 18. [Dereito ao honor, á intimidade e á propia imaxe].**

1. Garántese o dereito ao honor, á intimidade persoal e familiar e á propia imaxe.

**Artigo 43. [Protección da saúde].**

1. Recoñécese o dereito á protección da saúde.

2. Compete aos poderes públicos organizar e tutelar a saúde pública a través de medidas preventivas e das prestacións e servizos necesarios. A Lei establecerá os dereitos e deberes de todos ao respecto.

**LEI XERAL DE SANIDADE 14/1986, DO 25 DE ABRIL. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 29 DE ABRIL DE 1986, NÚM. 102.**

Esta lei ten por obxecto a regulación xeral de todas as accións que permitan facer efectivo o dereito á protección da saúde recoñecido no artigo 43 e concordantes da Constitución. Esta lei terá a condición de norma básica e será de aplicación a todo o territorio do Estado.

As comunidades autónomas poderán ditar normas de desenvolvemento e complementarias da presente lei no exercicio das competencias que lles atribúen os correspondentes estatutos de autonomía.

Todos teñen dereito, con respecto ás distintas administracións públicas sanitarias, ao respecto á súa personalidade, dignidade humana e intimidade, sen que ningún poida ser discriminado por razóns de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideolóxico, político ou sindical, á confidencialidade de toda a información relacionada co seu proceso e coa súa estadía nas institucións sanitarias públicas e privadas que colaboren co sistema público e a que quede constancia por escrito de todo o seu proceso. Ao rematar a estadía do usuario nunha institución hospitalaria, o paciente, familiar ou persoa a el achegada recibirá o seu informe de alta.

En cada área de saúde debe procurarse a máxima integración da información relativa a cada paciente, polo que o principio de historia clínico-sanitaria única por cada un deberá manterse, polo menos, dentro dos límites de cada institución asistencial. Estará a disposición dos enfermos e dos facultativos que directamente estean implicados no diagnóstico e o tratamento do enfermo, así como a efectos de

inspección médica ou para fins científicos, debendo quedar plenamente garantidos o dereito do enfermo á súa intimidade persoal e familiar e o deber de gardar o segredo por quen, en virtude das súas competencias, teña acceso á historia clínica. Os poderes públicos adoptarán as medidas precisas para garantir eses dereitos e deberes.

**LEI 16/2003, DO 28 MAIO, DE COHESIÓN E CALIDADE DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 29 DE MAIO DE 2003, NUM. 128.**

O obxecto desta lei é establecer o marco legal para as accións de coordinación e cooperación das administracións públicas sanitarias, no exercicio das súas respectivas competencias, de modo que se garanta a equidade, a calidade e a participación social no Sistema Nacional de Saúde, así como a colaboración activa deste na redución das desigualdades en saúde.

Co fin de que os cidadáns reciban a mellor atención sanitaria posible en calquera centro ou servizo do Sistema Nacional de Saúde, o Ministerio de Sanidade e Consumo coordinará os mecanismos de intercambio electrónico de información clínica e de saúde individual, previamente acordados coas comunidades autónomas, para permitir tanto ao interesado como aos profesionais que participan na asistencia sanitaria o acceso á historia clínica nos termos estritamente necesarios para garantir a calidade desa asistencia e a confidencialidade e integridade da información, calquera que fose a administración que a proporcione.

O Ministerio de Sanidade e Consumo establecerá un procedemento que permita o intercambio telemático da información que legalmente resulte exixible para o exercicio das súas competencias por parte das Administracións públicas.

O intercambio de información a que se refiren os parágrafos anteriores realizarase de acordo co disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, e na Lei 41/2002, do 14 de novembro.

**REAL DECRETO 63/1995, DO 20 DE XANEIRO, DE ORDENACIÓN DAS PRESTACIÓNS SANITARIAS DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 10 DE FEBREIRO DE 1995, NÚM. 35.**

Constitúen servizos en materia de información e documentación sanitaria e asistencial a información ao paciente e aos seus familiares ou achegados dos seus dereitos e deberes, en particular, para a axeitada prestación do consentimento informado, a expedición do informe de alta, ao rematar a estadía nunha

institución hospitalaria ou o informe de consulta externa de atención especializada e a comunicación ou entrega, a petición do interesado, dun exemplar da súa historia clínica ou de determinados datos contidos nela, sen prexuízo da obrigaçión da súa conservación no centro sanitario.

**LEI 41/2002, DO 14 NOVEMBRO, BÁSICA REGULADORA DA AUTONOMÍA DO PACIENTE E DE DEREITOS E OBRIGACIÓNS EN MATERIA DE INFORMACIÓN E DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 15 DE NOVEMBRO DE 2002, NÚM. 274.**

O obxecto desta lei é a regulación dos dereitos e obrigaçións dos pacientes, usuarios e profesionais, así como dos centros e servizos sanitarios, públicos e privados, en materia de autonomía do paciente e de información e documentación clínica.

**Certificado médico:** a declaración escrita dun médico que dá fe do estado de saúde dunha persoa nun determinado momento.

**Consentimento informado:** a conformidade libre, voluntaria e consciente dun paciente, manifestada no pleno uso das súas facultades despois de recibir a información axeitada, para que teña lugar unha actuación que lle afecta á súa saúde.

**Documentación clínica:** o soporte de calquera tipo ou clase que contén un conxunto de datos e informaçións de carácter asistencial.

**Historia clínica:** o conxunto de documentos que conteñen os datos, valoracións e informaçións de calquera índole sobre a situación e a evolución clínica dun paciente ao longo do proceso asistencial.

**Información clínica:** todo dato, calquera que sexa a súa forma, clase ou tipo, que permite adquirir ou ampliar coñecementos sobre o estado físico e a saúde dunha persoa, ou a forma de preservala, coidala, melloralala ou recuperala.

**Informe de alta médica:** o documento emitido polo médico responsable nun centro sanitario ao finalizar cada proceso asistencial dun paciente, que especifica os datos deste, un resumo do seu historial clínico, a actividade asistencial prestada, o diagnóstico e as recomendacións terapéuticas.

**LEI ORGÁNICA 15/1999, DO 13 DE DECEMBRO, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 14 DE DECEMBRO DE 1999, NÚM. 298.**

A presente lei orgánica ten por obxecto garantir e protexer, no que concirne ao tratamento dos datos persoais, as liberdades públicas e os dereitos fundamentais das persoas físicas, e especialmente da súa honra e intimidade persoal e familiar.

Esta lei orgánica será de aplicación aos datos de carácter persoal rexistrados en soporte físico, que os faga susceptibles de tratamento, e a toda modalidade de uso posterior destes datos polos sectores público e privado.

Rexerase pola presente lei orgánica todo tratamento de datos de carácter persoal:

Cando o tratamento sexa efectuado en territorio español no marco das actividades dun establecemento do responsable do tratamento.

Cando ao responsable do tratamento non establecido en territorio español lle sexa de aplicación a lexislación española en aplicación de normas de dereito internacional público.

Cando o responsable do tratamento non estea establecido en territorio da Unión Europea e utilice no tratamento de datos medios situados en territorio español, salvo que tales medios se empreguen unicamente con fins de tránsito.

Para os efectos desta lei orgánica, entenderase por:

**Datos de carácter persoal:** calquera información concernente a persoas físicas identificadas ou identificables.

**Ficheiro:** todo conxunto organizado de datos de carácter persoal, calquera que fora forma ou modalidade da súa creación, almacenamento, organización e acceso.

**Tratamento de datos:** operacións e procedementos técnicos, de carácter automatizado ou non, que permitan a recollida, gravación, conservación, elaboración, modificación, bloqueo e cancelación, así como as cesións de datos que resulten de comunicacións, consultas, interconexións e transferencias.

**Responsable do ficheiro:** persoa física ou xurídica, de natureza pública ou privada, ou órgano administrativo, que decida sobre a finalidade, contido e uso do tratamento.

**Afectado ou interesado:** persoa física titular dos datos que sexan obxecto do tratamento a que se refire o apartado c) deste artigo.

**Procedemento de disociación:** todo tratamento de datos persoais de xeito que a información que se obteña non poida asociarse á persoa identificada ou identificable.

**Encargado do tratamento:** a persoa física ou xurídica, autoridade pública, servizo ou calquera outro organismo que, só ou conxuntamente con outros, trate datos persoais por conta do responsable do tratamento.

**Consentimento do interesado:** toda manifestación de vontade, libre, inequívoca, específica e informada, mediante a que o interesado consinta o tratamento de datos persoais que lle concirnen.

Cesión ou comunicación de datos: toda revelación de datos realizada a unha persoa distinta do interesado.

**Fontes accesibles ao público:** aqueles ficheiros cuxa consulta pode ser realizada, por calquera persoa, non impedida por unha norma limitativa ou sen máis exixencias que, de ser o caso, o aboamento dunha contraprestación. Teñen consideración de fontes de acceso público, exclusivamente, o censo promocional, os repertorios telefónicos nos termos previstos pola súa normativa específica e as listas de persoas pertencentes a grupos de profesionais que conteñan unicamente os datos de nome, título, profesión, actividade, grao académico, enderezo e indicación da súa pertenza ao grupo. Así mesmo, teñen o carácter de fontes de acceso público os diarios e boletíns oficiais e os medios de comunicación.

**REAL DECRETO 994/1999, DO 11 DE XUÑO, POLO QUE SE APROBA O REGULAMENTO DE MEDIDAS DE SEGURIDADE DOS FICHEIROS AUTOMATIZADOS QUE CONTEÑAN DATOS DE CARÁCTER PERSOAL. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 25 DE XUÑO DE 1999, NÚM. 151.**

Este regulamento ten por obxecto establecer as medidas de índole técnica e organizativas necesarias para garantir a seguridade que deben reunir os ficheiros automatizados, os centros de tratamento, locais, equipos, sistemas, programas e as persoas que interveñan no tratamento automatizado dos datos de carácter persoal suxeitos ao réxime da Lei orgánica 5/1992, de 29 de outubro, de regulamentación do tratamento automatizado dos datos de carácter persoal.

Para os efectos deste regulamento, entenderase por:

**Sistemas de información:** conxunto de ficheiros automatizados, programas, soportes e equipos empregados para o almacenamento e tratamento de datos de carácter persoal.

**Usuario:** suxeito ou proceso autorizado para acceder a datos ou recursos.

**Recurso:** calquera parte compoñente dun sistema de información.

**Accesos autorizados:** autorizacións concedidas a un usuario para a utilización dos diversos recursos.

**Identificación:** procedemento de recoñecemento da identidade dun usuario.

**Autenticación:** procedemento de comprobación da identidade dun usuario.

**Control de acceso:** mecanismo que en función da identificación xa autenticada permite acceder a datos ou recursos.

**Contrasinal:** información confidencial, frecuentemente constituída por unha cadea de caracteres, que pode ser usada na autenticación dun usuario.

**Incidencia:** calquera anomalía que afecte ou puidese afectar á seguridade dos datos.

**Soporte:** obxecto físico susceptible de ser tratado nun sistema de información e sobre o que se poden gravar ou recuperar datos.

**Responsable de seguridade:** persoa ou persoas ás que o responsable do ficheiro asignou formalmente a función de coordinar e controlar as medidas de seguridade aplicables.

**Copia de seguridade:** copia dos datos dun ficheiro automatizado nun soporte que posibilite a súa recuperación.

#### **Niveis de seguridade.**

As medidas de seguridade exixibles clasifícanse en tres niveis: básico, medio e alto.

Estes niveis establécense atendendo á natureza da información tratada, en relación coa maior ou menor necesidade de garantir a confidencialidade e a integridade da información.

Todos os ficheiros que conteñan datos de carácter persoal deberán adoptar as medidas de seguridade cualificadas como de nivel básico.

#### **Medidas de seguridade de nivel básico.**

Documento de seguridade.

O responsable do ficheiro elaborará e implantará a normativa de seguridade mediante un documento que deberá cubrir obrigatoriamente o persoal con acceso aos datos automatizados de carácter persoal e aos sistemas de información.

O documento deberá conter, como mínimo, os seguintes aspectos:

- Ámbito de aplicación do documento con especificación polo miúdo dos recursos protexidos.
- Medidas, normas, procedementos, regras e estándares encamiñados a garantir o nivel de seguridade exixido neste regulamento.



- Funcións e obrigacións do persoal.
- Estrutura dos ficheiros con datos de carácter persoal e descrición dos sistemas de información que os tratan.
- Procedemento de notificación, xestión e resposta ante as incidencias.
- Os procedementos de realización de copias de seguridade e de recuperación dos datos.

O documento deberá manterse en todo momento actualizado e deberá ser revisado sempre que se produzan cambios relevantes no sistema de información ou na organización deste.

O contido do documento deberá adecuarse, en todo momento, ás disposicións vixentes en materia de seguridade dos datos de carácter persoal.

#### **Funcións e obrigas do persoal.**

As funcións e obrigas de cada unha das persoas con acceso aos datos de carácter persoal e aos sistemas de información estarán claramente definidas e documentadas, de acordo co previsto no artigo 8.2 c).

O responsable do ficheiro adoptará as medidas necesarias para que o persoal coñeza as normas de seguridade que afecten ao desenvolvemento das súas funcións, así como ás consecuencias en que puidese incorrer no caso de non respectalas.

#### **Rexistro de incidencias.**

O procedemento de notificación e xestión de incidencias conterà necesariamente un rexistro en que se faga constar o tipo de incidencia, o momento en que se produciu, a persoa que realiza a notificación, a quen se lle comunica e os efectos que derivasen dela.

#### **Identificación e autenticación.**

O responsable do ficheiro encargárase de que exista unha relación actualizada de usuarios que teñan acceso autorizado ao sistema de información e de establecer procedementos de identificación e autenticación para ese acceso.

Cando o mecanismo de autenticación se basee na existencia de contrasinais, existirá un procedemento de asignación, distribución e almacenamento que garanta a súa confidencialidade e integridade.

Os contrasinais cambiaranse coa periodicidade que se determine no documento de seguridade, e mentres estean vixentes almacenaranse de forma inintelixible.

#### **Control de acceso.**

Os usuarios terán acceso autorizado unicamente a aqueles datos e recursos que precisen para o desenvolvemento das súas funcións.

O responsable do ficheiro establecerá mecanismos para evitar que un usuario poida acceder a datos ou recursos con dereitos distintos dos autorizados.

A relación de usuarios a que se refire o artigo 11.1 deste regulamento conterà o acceso autorizado para cada un deles.

Exclusivamente o persoal autorizado para isto no documento de seguridade poderá conceder, alterar ou anular o acceso autorizado sobre os datos e recursos, segundo os criterios establecidos polo responsable do ficheiro.

#### **Xestión de soportes.**

Os soportes informáticos que conteñan datos de carácter persoal deberán permitir identificar o tipo de información que conteñen, ser inventariados e almacenarse nun lugar con acceso restrinxido ao persoal autorizado para isto no documento de seguridade.

A saída de soportes informáticos que conteñan datos de carácter persoal, fóra dos locais en que está situado o ficheiro, unicamente poderá ser autorizada polo responsable do ficheiro.

#### **Copias de seguridade e recuperación.**

O responsable do ficheiro encargárase de verificar a definición e correcta aplicación dos procedementos de realización de copias de seguridade e de recuperación dos datos.

Os procedementos establecidos para a realización destas copias e para a recuperación dos datos deberá garantir a súa reconstrución no estado en que se atopaban no momento de producirse a perda ou destrución.

Deberán realizarse copias de seguridade, polo menos semanalmente, agás que no dito período non se producise ningunha actualización dos datos.

**LEI 59/2003, DO 19 DE DECEMBRO, SOBRE NORMAS REGULADORAS DE SINATURA ELECTRÓNICA. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 20 DE DECEMBRO DE 2003, NÚM. 304.**

Esta lei regula a sinatura electrónica, a súa eficacia xurídica e a prestación de servizos de certificación.

As disposicións contidas nesta lei non alteran as normas relativas á celebración, formalización, validez e eficacia dos contratos e calquera outros actos xurídicos nin as relativas aos documentos nos que uns e outros consten.

Esta lei aplicarase aos prestadores de servizos de certificación establecidos en España e a os servizos de certificación que os prestadores residentes ou domiciliados noutro Estado ofrezan a través dun establecemento permanente situado en España.

Denomínase prestador de servizos de certificación a persoa física ou xurídica que expide certificados electrónicos ou presta outros servizos en relación coa sinatura electrónica.

Entenderase que un prestador de servizos de certificación está establecido en España cando a súa residencia ou domicilio social se atope en territorio español, sempre que estes coincidan co lugar en que estea efectivamente centralizada a xestión administrativa e o enderezo dos seus negocios. Noutro caso, atenderase ao lugar en que se realice esa xestión ou enderezo.

Considerarase que un prestador opera mediante un establecemento permanente situado en territorio español cando dispoña nel, de forma continuada ou habitual, de instalacións o lugares de traballo nos que realice toda ou parte da súa actividade.

Presumirase que un prestador de servizos de certificación está establecido en España cando o citado prestador ou algunha das súas sucursais se inscribisen no Rexistro Mercantil ou noutro rexistro público español no que fora necesaria a inscrición para a adquisición de personalidade xurídica.

A mera utilización de medios tecnolóxicos situados en España para a prestación ou o acceso ao servizo no implicará, por si soa, o establecemento do prestador en España.

A sinatura electrónica é o conxunto de datos en forma electrónica, consignados xunto a outros ou asociados con eles, que poden ser utilizados como medio de identificación do asinante.

A sinatura electrónica avanzada é aquela que permite identificar o asinante e detectar calquera cambio ulterior dos datos asinados, que está vinculada ao asinante de maneira única e aos datos a que se refire e que foi creada por medios que o asinante pode manter baixo o seu exclusivo control.

Considerase sinatura electrónica recoñecida a sinatura electrónica avanzada baseada nun certificado recoñecido e xerada mediante un dispositivo seguro de creación de sinatura.

A sinatura electrónica recoñecida terá, respecto dos datos consignados en forma electrónica, o mesmo valor que a sinatura manuscrita en relación cos consignados en papel.

Considerase documento electrónico o redactado en soporte electrónico que incorpore datos que estean asinados electronicamente.

#### **O documento electrónico será soporte de:**

Documentos públicos, por estaren asinados electronicamente por funcionarios que teñan legalmente atribuída a facultade de dar fe pública, xudicial, notarial ou administrativa, sempre que actúen no ámbito das súas competencias cos requisitos esixidos pola lei en cada caso.

Documentos expedidos e asinados electronicamente por funcionarios ou empregados públicos no exercicio das súas funcións públicas, conforme a súa lexislación específica.

Esta lei aplicarase ao uso da sinatura electrónica no seo das administracións públicas, dos seus organismos públicos e das entidades dependentes ou vinculadas a elas e nas relacións que manteñan aquelas e estes entre si ou cos particulares.

As administracións públicas, co obxecto de salvagardar as garantías de cada procedemento, poderán establecer condicións adicionais á utilización da sinatura electrónica nos procedementos. Esas condicións poderán incluír, entre outras, a imposición de datas electrónicas sobre os documentos electrónicos integrados nun expediente administrativo. Enténdese por data electrónica o conxunto de datos en forma electrónica utilizados como medio para constatar o momento en que se efectuou unha actuación sobre outros datos electrónicos aos que están asociados.

#### **[LEI 44/2003, DO 21 NOVEMBRO, DE ORDENACIÓN DAS PROFESIÓNS SANITARIAS. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 22 DE NOVEMBRO DE 2003, NÚM. 280.](#)**

O exercicio das profesións sanitarias levarase a cabo con plena autonomía técnica e científica, sen máis limitacións que as establecidas nesta lei e polos demais principios e valores contidos no ordenamento xurídico e deontolóxico, e de acordo cos seguintes principios: existirá formalización escrita do seu traballo reflectida nunha historia clínica que deberá ser común para cada centro e única para cada paciente atendido nel. A historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos e a ser compartida entre profesionais, centros e niveis asistenciais.

LEI 55/2003, DO 16 DECEMBRO, ESTATUTO MARCO DO PERSOAL ESTATUTARIO DOS SERVIZOS DE SAÚDE. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 17 DE DECEMBRO DE 2003, NÚM. 301.

O persoal estatutario dos servizos de saúde está obrigado a cubrir os rexistros, informes e demais documentación clínica ou administrativa establecidos na correspondente institución, centro ou servizo de saúde.

O persoal estatutario dos servizos de saúde está obrigado a manter a debida reserva e confidencialidade da información e documentación relativa aos centros sanitarios e aos usuarios obtida, ou á que teña acceso, no exercicio das súas funcións.

LEI ORGÁNICA 1/1982, DO 5 DE MAIO, SOBRE PROTECCIÓN CIVIL DO DEREITO AO HONOR, Á INTIMIDADE PERSOAL E FAMILIAR E Á PROPIA IMAXE. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 14 DE MAIO DE 1982, NÚM. 115

Terán a consideración de intromisións ilexítimas no ámbito de protección delimitado polo artigo 2 desta lei a revelación de datos privados dunha persoa ou familia coñecidos a través da actividade profesional ou oficial

## ■ **NORMATIVA AUTONÓMICA**

LEI 7/2003, DO 9 DE DECEMBRO, DE ORDENACIÓN SANITARIA DE GALICIA. BOLETÍN OFICIAL DO ESTADO DO 14 DE XANEIRO DE 2004, NÚM. 12; DIARIO OFICIAL DE GALICIA DO 19 DE DECEMBRO DE 2003, NÚM. 246.

A presente lei ten por obxecto a ordeación sanitaria na Comunidade Autónoma de Galicia, a través da delimitación xeral das actuacións que permitan facer efectivo no seu ámbito territorial o dereito dos cidadáns á protección da saúde previsto no artigo 43 e concordantes da Constitución Española, no marco das competencias que lle atribúe o Estatuto de Autonomía.

**Constitúen servizos de información e documentación sanitaria os seguintes:**

- A información relativa aos procesos asistenciais, incluíndo, de ser o caso, a tramitación dos procesos administrativos para garantir a continuidade do proceso, e a relativa á prestación do consentimento informado, cando se precise.
- A expedición, onde proceda, de partes de baixa, confirmación, alta e demais informes ou documentos clínicos para a avaliación da incapacidade ou outros efectos.

de quen os revela: a captación, reprodución ou publicación por fotografía, filme, ou calquera outro procedemento, da imaxe dunha persoa en lugares ou momentos da súa vida privada ou fóra deles, agás nos casos previstos no artigo 8.2.

LEI ORGÁNICA 10/1995, DO 23 DE NOVEMBRO, POLA QUE SE QUE APROBA O CÓDIGO PENAL. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 24 DE NOVEMBRO DE 1995, NÚM. 281.

O profesional que non respecte a súa obrigaón de sigilo ou reserva e divulgue os segredos doutra persoa, será castigado coa pena de prisión de un a catro anos, multa de doce a vinte e catro meses e inhabilitación especial para esa profesión por tempo de dous a seis anos.

LEI 1/2000, DO 7 DE XANEIRO, DE AXUIZAMENTO CIVIL. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 8 DE XANEIRO DE 2000, NÚM. 7

Decidiranse no xuízo ordinario, calquera que sexa a súa contía os procesos que pretendan a tutela do dereito ao honor, á intimidade e á propia imaxe, e as que pidan a tutela xudicial civil de calquera outro dereito fundamental,

- O informe de alta hospitalaria, así como o de alta de consultas externas e en urxencias do episodio de atención.
- O acceso á información do proceso asistencial contida na historia clínica, así como a súa conservación para os fins previstos na normativa sanitaria e de protección de datos persoais

**Os cidadáns, no ámbito do sistema sanitario de Galicia, teñen os dereitos seguintes:**

- A que quede constancia por escrito, ou en soporte técnico axeitado, de todo o seu proceso e ao rematar o episodio asistencial se lle entregue o informe de alta hospitalaria, así como o da interconsulta de atención especializada e o de urxencias.
- A acceder á súa historia clínica e a obter os informes e resultados das exploracións que sobre o seu estado de saúde ou enfermidade se inclúan nela, así como unha copia dos citados documentos.
- A que se lle redacten os informes ou certificacións acreditativos do seu estado de saúde, cando a súa existencia se estableza mediante unha disposición legal ou regulamentaria.

**LEI 3/2001 DO 28 DE MAIO, DE GALICIA, SOBRE NORMAS REGULADORAS DO CONSENTIMENTO INFORMADO E DA HISTORIA CLÍNICA DOS PACIENTES. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO DO 3 DE XULLO DE 2001, NÚM. 158; DIARIO OFICIAL DE GALICIA DO 8 DE XUÑO DE 2001, NÚM. 111.**

Esta lei ten por obxecto regular o consentimento informado dos pacientes, así como a súa historia clínica, garantindo o acceso daqueles á información contida nela.

A presente lei será de aplicación a todo tipo de asistencia sanitaria que se preste na Comunidade Autónoma de Galicia nos centros e establecementos sanitarios públicos ou privados, sexan ou non concertados co Servizo Galego de Saúde.

A historia clínica é o conxunto de documentos en que se conteñen os datos, valoracións e informacións de calquera tipo sobre a situación e evolución clínica dos pacientes ao longo do seu proceso asistencial.

Na historia clínica poderán ser usados calquera dos soportes documentais axeitados para a súa utilización, sempre e cando se garantan a súa autenticidade, integridade, seguridade e conservación.

En todo caso, o uso deses soportes aterase ao disposto na normativa sobre tratamento automatizado de datos de carácter persoal.

A historia clínica deberá ser única por paciente, polo menos en cada complexo hospitalario, hospital ou centro sanitario.

A historia clínica acumulará toda a información clínica xerada en cada episodio asistencial e integrará os diferentes episodios do paciente.

As historias clínicas deberán ser claramente lexibles, evitándose, no posible, a utilización de símbolos e abreviaturas, e estarán normalizadas en canto á súa estrutura lóxica, de conformidade co que se dispoña regulamentariamente.

Calquera información incorporada á historia clínica deberá ser datada e asinada de forma que se identifique claramente o persoal que a realice.

As historias clínicas son documentos confidenciais propiedade da Administración sanitaria ou entidade titular do centro sanitario cando o médico traballe por conta e baixo a dependencia dunha institución sanitaria. No caso contrario, a propiedade correspóndelle ao médico que realiza a atención sanitaria.

A entidade ou facultativo propietario é responsable da custodia das historias clínicas e terá que adoptar todas as medidas precisas para garantir a confidencialidade dos datos e da información contida nelas.

Así mesmo, toda persoa que no exercicio das súas funcións ou competencias teña coñecemento dos datos e informacións contidas na historia clínica terá a obriga de reserva e sigilo respecto destes.

O paciente terá dereito á obtención dos informes e resultados das exploracións que sobre o seu estado de saúde ou enfermidade se inclúan na historia clínica. O dereito de acceso levará consigo o de obter copias dos mencionados documentos.

Nos supostos de procedementos administrativos de exigencia de responsabilidade patrimonial ou nas denuncias previas á formalización dun litixio sobre a asistencia sanitaria, permitirase que o paciente teña acceso directo á historia clínica, na forma e cos requisitos que se regulen legal ou regulamentariamente.

Tamén terán acceso á historia clínica os órganos competentes para tramitar e resolver os procedementos de responsabilidade patrimonial polo funcionamento da Administración sanitaria, así como a inspección sanitaria no exercicio das súas funcións.

O acceso á historia clínica nunca será en prexuízo do dereito de terceiros á confidencialidade dos seus datos se figuran na citada documentación, e así consta, nin do dereito dos profesionais que interviñeron na súa elaboración se invocan a reserva das súas observacións, apreciacións ou anotacións subxectivas.

O acceso por outras persoas distintas do paciente á información contida na historia clínica haberá de estar xustificado pola atención sanitaria deste. En todo caso, estará á disposición do persoal que directamente estea implicado na súa asistencia para os efectos do desempeño das súas funcións.

Calquera outra razón de carácter excepcional deberá responder a un interese lexítimo susceptible de protección e estar convenientemente motivada.

Permitirase o acceso ás historias clínicas para a obtención de información estatística sanitaria, para as actividades relacionadas co control e avaliación da calidade da asistencia prestada, as enquisas oficiais, os programas oficiais de docencia e investigación ou a requirimento da autoridade xudicial.

En todos os casos quedará plenamente garantindo o dereito do paciente á súa intimidade persoal e familiar, polo que o persoal que acceda a esta información gardará o correspondente segredo profesional.

A historia clínica deberá conservarse en condicións que garantan a preservación da información asistencial que contén, aínda que non se manteña no soporte orixinal no cal se xerou, coas cautelas que se establezan regulamentariamente para evitar a manipulación de datos cando non se manteña ese soporte orixinal.

LEI 3/2005, DO 7 DE MARZO, DE MODIFICACIÓN DA LEI 3/2001, DO 28 DE MAIO, REGULADORA DO CONSENTIMENTO INFORMADO E DA HISTORIA CLÍNICA DOS PACIENTES. DIARIO OFICIAL DE GALICIA DO 21 DE MARZO DE 2001, NÚM. 55.

**Modifícase o artigo 7, que queda redactado do seguinte xeito:**

Restrición da información en interese do paciente.

O dereito á información sanitaria dos pacientes pode limitarse pola existencia acreditada dun estado de necesidade terapéutica. Enténdese por tal a facultade do médico para actuar profesionalmente sen informar antes o paciente, cando por razóns obxectivas o coñecemento da súa propia situación pode prexudicar a súa saúde de xeito grave.

**No artigo 8 modifícanse os puntos 1 e 2, e engádeselle in fine un novo guión ao punto 5, que quedan redactados do seguinte xeito:**

O titular do dereito á información é o paciente. Tamén serán informadas as persoas vinculadas a el, por razóns familiares ou de feito, na medida en que o paciente o permita de xeito expreso ou tácito.

A información será verdadeira, comprensible, axeitada ás necesidades do paciente, continuada, razoable e suficiente.

A historia clínica é o conxunto de documentos en que se conteñen os datos, as valoracións e as informacións de calquera tipo sobre a situación e a evolución clínica dos pacientes ao longo do seu proceso asistencial, así como a identificación dos médicos e dos demais profesionais que interviñeron neste.

**Modifícase o artigo 16, que queda redactado do seguinte xeito:**

A historia clínica conterá suficiente información para identificar o paciente e documentar o seu proceso de atención sanitaria. Para tal efecto incluirá, polo menos:

- Datos suficientes para a axeitada identificación do paciente.

Médico ou profesional responsable.

Datos que identifiquen o proceso de atención sanitaria.

- Datos relativos ao proceso, que incluirán, como mínimo:
  - Anamnese e exploración física.
  - Ordes médicas.
  - Folla de evolución e de planificación de coidados de enfermaría.
  - Evolución clínica.
- Informe sobre os procedementos diagnósticos ou

terapéuticos e interconsultas realizadas.

- Informe de alta do episodio de atención ou folla de problemas en atención primaria.
- Documento de consentimento informado.
- Documento asinado de alta voluntaria.

**Modifícase o artigo 17, que queda redactado do seguinte xeito:**

**Requisitos.**

A elaboración da historia clínica, nos aspectos relacionados coa asistencia directa ao paciente, será responsabilidade dos profesionais que interveñen nela.

As historias clínicas deberán ser claramente lexibles; no posible, evitarase a utilización de símbolos e abreviaturas, e estarán normalizadas en canto á súa estrutura lóxica, de conformidade co que se dispoña regulamentariamente. Calquera información incorporada á historia clínica deberá ser datada e asinada de maneira que se identifique claramente o persoal que a realice.

**Modifícase o artigo 19, que queda redactado do seguinte xeito:**

**Acceso.**

O paciente ten o dereito de acceso á documentación da historia clínica e a obter copia dos datos que figuran nela. Os centros sanitarios regularán o procedemento que garanta a observancia destes dereitos. Este dereito de acceso poderá exercitarse por representación debidamente acreditada.

Nos supostos de procedementos administrativos de exixencia de responsabilidade patrimonial ou nas denuncias previas á formalización dun litixio sobre a asistencia sanitaria, permitirase que o paciente teña acceso directo á historia clínica, na forma e cos requisitos que se regulen legal ou regulamentariamente. Tamén terán acceso á historia clínica os órganos competentes para tramitar e resolver os procedementos de responsabilidade patrimonial polo funcionamento da Administración sanitaria, así como a inspección sanitaria no exercicio das súas funcións.

O acceso á historia clínica con fins xudiciais, epidemiolóxicos, de saúde pública, de investigación ou de docencia réxese polo disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, na Lei 14/1986, do 25 de abril, xeral de sanidade, e nas demais normas aplicables en cada caso. O acceso á historia clínica con estes fins obriga a preservar os datos de identificación persoal do paciente, separados dos de carácter clínico-asistencial, de xeito que como regra xeral quede asegurado o anonimato, agás que o propio paciente dese o seu



consentimento para non separalos. Exceptúanse os supostos de investigación da autoridade xudicial nos que se considere imprescindible a unificación dos datos identificativos cos clínicos-asistenciais, nos cales observárase o que dispoñan os xuíces e tribunais no proceso correspondente. O acceso aos datos e documentos da historia clínica queda limitado estritamente aos fins específicos en cada caso.

O dereito ao acceso do paciente á documentación da historia clínica non pode exercitarse en prexuízo do dereito de terceiras persoas á confidencialidade dos datos que constan nela recollidos en interese terapéutico do paciente, nin en prexuízo do dereito dos profesionais participantes na súa elaboración, os cales poden opoñer ao dereito de acceso a reserva das súas anotacións subxectivas.

O acceso por outras persoas distintas ao paciente á información contida na historia clínica deberá estar xustificado pola atención sanitaria deste. En todo caso, o persoal de administración e xestión dos centros sanitarios só pode acceder aos datos da historia clínica relacionados coas súas propias funcións.

Os centros sanitarios e os facultativos de exercicio individual só lles facilitarán o acceso á historia clínica dos pacientes falecidos ás persoas vinculadas a eles, por razóns familiares ou de feito, agás que o falecido o prohibise expresamente e así se acredite. En calquera caso, o acceso dun terceiro á historia clínica motivado por un risco para a súa saúde limítase aos datos pertinentes. Non se facilitará información que afecte á intimidade do falecido nin as anotacións subxectivas dos profesionais, nin que prexudiquen a terceiros. Calquera outra razón de carácter excepcional deberá responder a un interese lexítimo susceptible de protección e estar convenientemente motivada.

O persoal sanitario debidamente acreditado que exerza funcións de inspección, avaliación, acreditación e planificación ten acceso ás historias clínicas no exercicio das súas funcións de comprobación da calidade da asistencia, do respecto dos dereitos do paciente ou de calquera outra obriga do centro en relación cos pacientes e usuarios ou coa propia Administración sanitaria.

En todos os casos quedará plenamente garantido o dereito do paciente á súa intimidade persoal e familiar, polo que o persoal que acceda a esta información gardará o correspondente segredo profesional.

## ORDE DO 7 DE ABRIL 1993 REGULADORA DO CONXUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE ALTA HOSPITALARIA. DIARIO OFICIAL DE GALICIA DO 26 DE ABRIL DE 1993, NÚM. 77.

Todos os centros e establecementos sanitarios públicos e privados en réxime de internamento da Comunidade Autónoma de Galicia quedan obrigados á elaboración, por parte do médico responsable, dun informe clínico de alta para todos os pacientes ingresados que sexan dados de alta.

Para os efectos da presente orde, enténdese que se produce a alta no centro ou establecemento sanitario cando o paciente ingresado deixa de ocupar cama por curación, melloría, fin de cuidados, traslado a outro centro, ou por alta voluntaria ou defunción.

No suposto de traslado interno entre servizos do mesmo centro hospitalario, debe entenderse que se produce alta nun servizo e ingreso noutro, o que implica deixar de producir estadias no primeiro servizo para producilas no segundo.

Enténdese por estadia o conxunto de pernocta e tempo en que se subministre polo menos unha comida principal (almorzo ou cea). Para poder contabilizar estadias, o paciente debe ocupar cama destinada á atención de pacientes ingresados, incluíndose as incubadoras fixas e as camas destinadas a cuidados especiais. Non se contabilizarán as camas de espertar, de observación en urxencias, de hemodiálise ambulatoria, de indución de preanestesia, de acompañantes, de exploracións especiais, de hospital de día, camas para o persoal do establecemento, camas supletorias nin berces para recém nados normais.

O informe clínico de alta hospitalaria deberá constar, como mínimo, dos seguintes datos:

### Datos relativos ao centro:

- Nome, enderezo e teléfono.
- Código segundo o Catálogo Nacional de Hospitais.
- Identificación da unidade ou servizo que dea de alta o paciente.
- Nome, apelidos e sinatura do facultativo responsable da alta.

### Datos de identificación do paciente:

- Nome e apelidos.
- Número de historia.
- Data de nacemento.
- Sexo.
- Residencia habitual.
- Datos referidos ao proceso asistencial:
- Data de ingreso (día, mes e ano).

- Data de alta (día, mes e ano).
- Motivo de ingreso (signos, síntomas ou situacións que, requirindo asistencia, motivaron o ingreso).
- Motivo de alta (curación, melloría, fin de cuidados, traslado a outro centro, alta voluntaria ou defunción).
- Resumo da historia clínica e exploración física do paciente.
- Resumo da actividade asistencial prestada ao paciente incluíndo, de ser o caso, resultado das probas complementarias máis significativas para o seguimento da evolución do enfermo. No caso de falecemento e no caso de realizarse a autopsia, sinaláranse os achados máis significativos desta.
- Diagnóstico principal (afección que despois do estudo necesario se considera causa do ingreso no hospital). Non se utilizarán epónimos nin abreviaturas para describilo.
- Outros diagnósticos (procesos patolóxicos que non son o principal e que coexisten con el no momento do ingreso, ou que se desenvolvan ao longo da estadía hospitalaria, ou que influán na duración desta ou no tratamento administrado).
- Procedementos cirúrxicos e obstétricos (son todos aqueles procedementos en que se utiliza un quirófano e/ou sala de partos). No caso de parto, para cada uno dos produtos especificarase peso ao nacer, sexo e estado natal do recém nado. Considerarase recién nado vivo todo produto da concepción que, unha vez expulsado ou extraído completamente do corpo da nai, independentemente da duración do embarazo, respire ou dea calquera outro sinal de vida, tal como palpacións do corazón, pulsacións co cordón umbilical ou movementos efectivos dos músculos de contracción voluntaria, tanto se se cortou como se non o cordón umbilical e estea ou non desprendido da placenta.
- Outros procedementos (aqueles procedementos diagnósticos e/ou terapéuticos que requiren recursos materiais e humanos especializados e implican un risco para o paciente).
- Recomendacións terapéuticas.

O informe clínico de alta hospitalaria será redactado por duplicado, entregándose unha copia en man ao paciente, familiar ou titor legal a criterio do facultativo responsable no momento de producirse a alta, quedando a outra copia arquivada no hospital, que garantirá a súa confidencialidade.

DECRETO 52/2001, DO 22 DE FEBREIRO, POLO QUE SE REGULA A ACREDITACIÓN DOS CENTROS HOSPITALARIOS DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA. DIARIO OFICIAL DE GALICIA DO 12 DE MARZO DE 2001, NÚM. 50.

### 8. Área de arquivo e documentación clínica.

É a encargada do depósito, custodia, préstamo e distribución das historias clínicas do hospital, así como de recoller e xerar toda a información de utilidade clínica relativa aos procesos asistidos no centro.

**Criterio 8.1: o hospital dispón dunha área de arquivo e documentación clínica propia e/ou allea vinculada organizada en función das súas necesidades administrativas e asistenciais.**

#### Requisitos:

8.1.4. O persoal da área coñece os criterios organizativos que determinan as súas responsabilidades, así como as relacións de dependencia co resto das áreas do hospital, estando reguladas e constando por escrito as seguintes funcións:

- Admisión de historias clínicas no arquivo, ordenación dos documentos na historia clínica e sistemas de clasificación, arquivado e almacenamento en depósito de activo, pasivo, histórico e historias clínicas voluminosas, así como da custodia especial daquelas historias clínicas que o requiran.
- Tempo obrigatorio que debe conservarse a historia no arquivo activo e documentos que deben conservarse indefinidamente na historia clínica.
- Asignación de número ás historias clínicas, elaboración e mantemento informático do ficheiro índice de pacientes e mantemento do informe.
- Subministración de historias clínicas ás restantes áreas do hospital, con indicación expresa dos trámites necesarios, prazos de entrega, persoal capacitado para solicitalas e orde de prioridade nos préstamos.
- Rexistro dos movementos de entrada e saída das historias clínicas do arquivo, incluíndo a recepción, préstamo, circulación, seguimento, devolución e reclamación delas.
- Acceso á documentación clínica por parte do paciente e persoal do hospital e alleo a este.
- Elaboración do conxunto mínimo básico de datos do centro, incluíndo descrición e contido dos datos, a súa orixe e mais o sistema e versión de codificación utilizado.
- Modificación de datos de pacientes dados en adopción.

8.1.5. A área de arquivo e documentación clínica garante o mantemento da autenticidade, integridade,

confidencialidade, seguridade e perdurabilidade da información existente tanto en soporte físico como electrónico.

8.1.6. A organización tecnolóxica da área e do hospital fai posible, polo menos, a xestión informatizada do ficheiro índice de pacientes, os movementos da historia clínica e mailos sistemas de recuperación da información (conxunto mínimo básico de datos).

**Criterio 8.3: a área de arquivo e documentación clínica realiza as súas actividades garantindo a súa calidade e adecuación á mellora continua da satisfacción dos pacientes e ás necesidades do hospital.**

#### Requirimentos:

8.3.1. O hospital garante a existencia dunha historia clínica única, integrada e acumulativa para cada paciente, a súa formalización apropiada e a confidencialidade da información contida nela.

8.3.2. A historia clínica contén información suficiente para identificar o paciente, apoiar o diagnóstico, xustificar o tratamento e documentar o curso clínico e mais os resultados con precisión.

8.3.3. As actividades de xestión da calidade desenvolvidas na área son coherentes coa estratexia do plan de calidade do hospital, revisadas periodicamente e inclúen, polo menos, os seguintes aspectos:

- Dispor con carácter xeral dun modelo unificado de historia clínica elaborado por un grupo de traballo multidisciplinar do hospital e aprobado pola dirección.
- Realizar controis da documentación prestada, de erros na localización no arquivo, de historias clínicas non devoltas dentro dos prazos estipulados, de historias duplicadas e de reclamacións por servizo.
- Implantar programas e funcións informáticos para o control e seguimento da documentación prestada, recepción e reclamación desta e dixitalización dos documentos existentes na historia clínica.
- Realizar revisións periódicas e por mostraxe da calidade dun número suficiente de historias clínicas de cada área do hospital, elaborando e trasladándolles aos responsables un ditame sobre os resultados obtidos e propostas de melloría.
- Colaborar con outros hospitais centralizando o envío e/ou recepción da documentación correspondente á evolución dos enfermos que os facultativos dun ou doutro centro soliciten.
- Participar na investigación e docencia levada a cabo no hospital achegando a documentación necesaria.
- Solicitar o consentimento escrito do paciente para subministrar información contida na historia clínica a persoas non autorizadas para disporen dela.

- Manter permanentemente actualizado e cuberto o conxunto mínimo básico de datos á alta hospitalaria do centro.

**DECRETO 292/2001, DO 8 DE NOVEMBRO, POLO QUE SE CONFIGURA A CATEGORÍA DE MÉDICO DE ADMISIÓN E DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. DIARIO OFICIAL DE GALICIA DO 22 DE NOVEMBRO DE 2001, NÚM. 226.**

O presente decreto ten por obxecto a creación da categoría de persoal estatutario de médico de admisión e documentación clínica no ámbito das institucións sanitarias hospitalarias do Sergas.

Corresponderanlle, con carácter xeral, aos médicos de admisión e documentación clínica as seguintes funcións:

- Colaborar na organización do sistema de información sanitaria do hospital.
- Creación, actualización e mantemento do ficheiro de pacientes na institución sanitaria, garantindo a súa coherencia, integridade, fiabilidade así como a confidencialidade da información.
- Xestión e organización dos arquivos de documentación clínica e historias clínicas da institución sanitaria, asegurando que a súa configuración e utilización se axustan ás previsións contidas na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, e na Lei 3/2001, do 28 de maio, reguladora do consentimento informado e da historia clínica dos pacientes. No caso de que esta función fora prestada por terceiros a través dun contrato administrativo deberá supervisar os citados axustes á Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, e á Lei 3/2001.
- Establecer, en colaboración coas instancias determinadas por cada centro, a normativa respecto do acceso, a localización, o préstamo e a devolución da documentación clínica, establecendo mecanismos que aseguren a súa confidencialidade, integridade, seguridade e dispoñibilidade.
- Normalizar a documentación clínica da institución sanitaria do centro para a súa correcta homoxeneización, en colaboración coa comisión de historias clínicas.
- Clasificar, integrar e coordinar toda a información clínico-asistencial da institución sanitaria con independencia de cal sexa o seu soporte físico.
- Colaborar na organización da recuperación da información clínica para usos asistenciais, de investigación e docentes.

As funcións de organización e xestión recollidas nos números anteriores exerceranse de acordo coas liñas organizativas marcadas pola dirección do centro.