

**Identificación** ..... **Fecha** .....

**Rodee una de las cuatro respuestas posibles para cada cuestión, la que mejor refleje lo que el paciente hace en su comportamiento diario. Considere su respuesta teniendo en cuenta cualquier tipo de ayuda o prótesis que el paciente utilice habitualmente. Utilice los siguientes criterios:**

**Ninguna** = completa independencia o conducta normal.

**Total** = el paciente no puede, no quiere, o lo tiene prohibido (por prescripción facultativa) llevar a cabo determinadas funciones o tiene el máximo grado de discapacidad.

**Necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria**

- |  |                               |                               |                             |  |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|--|
| 1.- <b>Comer</b>   | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> Hay que darle la comida.<br>Alimentación parenteral                            |
| 2.- <b>Caminar</b> (con bastón o andador, si utiliza)  | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> No camina  |
| 3.- <b>Mobilidad</b> (salir y circular con silla de ruedas, etc, si utiliza)   | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> Está confinado en casa   |
| 4.- <b>Baño</b> (incluye alcanzar toalla, jabón, etc y supervisión)  | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> Hay que bañarlo  |
| 5.- <b>Vestirse</b> (incluye ayuda en la selección de la ropa)   | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> Hay que vestirlo   |
| 6.- <b>Uso del retrete</b> (incluye ayuda con la ropa, limpiarse o ayuda con la ostomía o catéter.                         | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> Utiliza torba o botella en la cama. Incapaz de cuidar de Su catéter u ostomía. |
| 7.- <b>Arreglarse</b> (afeitarse, peinarse, cortarse las uñas, lavarse los dientes)  | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> Debe ser arreglado   |
| 8.- <b>Tareas adaptativas</b> (manejo/posesión del dinero, telefonar, comprar el periódico, artículos de baño, aperitivos) | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> No tiene capacidad para realizar estas tareas.                                 |

**Identificación** ..... **Fecha** .....

**Grado de discapacidad**

- |  |                               |   |                                       |  |
|--|-------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| 9.- <b>Comunicación</b> (expresión libre)  | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco             | <input type="radio"/> Mucha           | <input type="radio"/> Ausencia total de comunicación         |
| 10.- <b>Oído</b> (con prótesis auditiva si la utiliza)   | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco             | <input type="radio"/> Mucha           | <input type="radio"/> No parece oír                          |
| 11.- <b>Visión</b> (con lentes correctoras si las utiliza)   | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco             | <input type="radio"/> Mucha           | <input type="radio"/> No ve                                  |
| 12.- <b>Dieta</b> (desviación de lo normal)  | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco             | <input type="radio"/> Mucha           | <input type="radio"/> Alimentación parenteral                |
| 13.- <b>Tiempo que pasa en la cama durante el día</b> (por prescripción facultativa o por propia iniciativa) | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco (< 3 horas) | <input type="radio"/> Mucha           | <input type="radio"/> La mayor parte del tiempo              |
| 14.- <b>Incontinencia</b> (urinaria/fecal, con catéter u ostomía, si utiliza)                                | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Algunas veces       | <input type="radio"/> Frecuente       | <input type="radio"/> No controla                            |
| 15.- <b>Medicación</b>   | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco             | <input type="radio"/> Diaria vía oral | <input type="radio"/> Diaria, parenteral más oral si utiliza |

**Problemas especiales**

- |   |                               |                               |                             |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 16.- <b>Confusión mental</b>  | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> Extrema |
| 17.- <b>Falta de cooperación</b> (la ayuda en el cuidado se convierte en una lucha constante) | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> Extrema |
| 18.- <b>Depresión</b>   | <input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Un poco | <input type="radio"/> Mucha | <input type="radio"/> Extrema |

**TOTAL:**