

**FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE NEUROMODULACIÓN EN
ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DISTONÍAS CON ESTIMULACIÓN CEREBRAL
PROFUNDA (ETAPA 4)**

Fecha de seguimiento: ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino Institución de origen _____

MEDICO SOLICITANTE:

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

Datos para el seguimiento solicitado:

Ingresar seguimiento? Si No

Diagnóstico: Enfermedad de Parkinson
 Distonía

Control: 6 meses post operatorio
 anual

Control a los 6 meses post operatorio:

Fecha del control ___/___/___

Evaluación neurológica: (ingresar datos correspondientes a 6to mes post operatorio)

Para diagnóstico de Enfermedad de Parkinson:

1- Escalas MDS-UPDRS (adjuntar): No Si Fecha: ___/___/___

Parte I (experiencias no motoras de la vida diaria): Parte IA: ___/24
Parte IB: ___/28

Parte II (experiencias motoras de la vida diaria): ___/58

Parte III (exploración motora): ___/132

Parte IV (complicaciones motoras): ___/24

2- Escala de temblor Fahn-Tolosa-Marín (adjuntar): No Si Fecha: ___/___/___

Puntuación total: ___/156

Valoración global subjetiva: ___/100%

3- UDysRS - Unified Dyskinesia Rating Scale (adjuntar): No Si Fecha: ___/___/___

Parte I (Discinesias en On, 11 preg): ___/44 (cada 1 de 0 a 4)

Parte II (Distonía en Off, 4 preg): ___/16 (cada 1 de 0 a 4)

Parte III (Discapacidad provocada por las discinesias, 11 preg): ___/44 (cada 1 de 0 a 4)

Para diagnóstico de Distonías:

Burke-Fahn-Marsden Dystonia Rating Scale (BFMDRS): No Si Fecha: ___/___/___

- Escala movimiento: ___/120 puntos
- Escala discapacidad: ___/30 puntos

Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS): No Si Fecha: __/__/__

- Escala movimiento: __/35 puntos
- Escala discapacidad: __/30 puntos
- Escala dolor: __/20 puntos

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico: (para Enfermedad de Parkinson)	NO	SI	Dosis Total(mg)	N° tomas de diarias
Ldopa Benserazida				
Ldopa Carbidopa				
Ldopa Carbidopa Entacapone				
Pramipexol:				
Ropirinol:				
Biperideno:				
Selegilina				
Rasagilina:				
Amantadina:				
Otros:				

Tratamiento farmacológico: (para Disonías)	NO	SI	Dosis Total	N° tomas de diarias
Levodopa				
Toxina botulínica				
Biperideno				
Tetrabenacina				
Baclofeno				
Clonazepam				
Otros:				

Tratamiento no farmacológico:	NO	SI
Fisioterapia		
Otros		

Ingreso hospitalario asociado a Enfermedad de Parkinson/Distonia: No Si Fecha __/__/__

Motivo del ingreso:

Disfunción de sistema implantado: No Si Tipo de disfunción: Disfunción de electrodo
 Disfunción de generador

Infección de sistema implantado: No Si Detallar: _____

Otros: No Si Detallar: _____

Evaluación Psiquiátrica: (adjuntar informe) Fecha __/__/__

Resultado: Sin alteración Depresión Ansiedad Alteración de control de impulsos
Otros. Detallar: _____

(Adjuntar informe médico neurológico correspondiente al periodo de seguimiento y el registro de escalas realizadas)

Control anual

Fecha del control ___/___/___

Evaluación neurológica:

Para diagnóstico de Enfermedad de Parkinson:

1- Escalas MDS-UPDRS (adjuntar): No Si Fecha: ___/___/___

Parte I (experiencias no motoras de la vida diaria): Parte IA: ___/24
Parte IB: ___/28

Parte II (experiencias motoras de la vida diaria): ___/58

Parte III (exploración motora): ___/132

Parte IV (complicaciones motoras): ___/24

2- Escala de temblor Fahn-Tolosa-Marín (adjuntar): No Si Fecha: ___/___/___

Puntuación total: ___/156

Valoración global subjetiva: ___/100%

3- UDysRS - Unified Dyskinesia Rating Scale (adjuntar): No Si Fecha: ___/___/___

Parte I (Discinesias en On, 11 preg): ___/44 (cada 1 de 0 a 4)

Parte II (Distonía en Off, 4 preg): ___/16 (cada 1 de 0 a 4)

Parte III (Discapacidad provocada por las discinesias, 11 preg): ___/44 (cada 1 de 0 a 4)

4- Test de levodopa (solo en primer control anual)

Respuesta mayor a 40%: Si No

Para diagnóstico de Distonías:

Burke-Fahn-Marsden Dystonia Rating Scale (BFMDRS): No Si Fecha: ___/___/___

- Escala movimiento: ___/120 puntos
- Escala discapacidad: ___/30 puntos

Toronto Western Spasmodic Torticollis Rating Scale (TWSTRS): No Si Fecha: ___/___/___

- Escala movimiento: ___/35 puntos
- Escala discapacidad: ___/30 puntos
- Escala dolor: ___/20 puntos

Tratamiento actual

Tratamiento farmacológico: (para Enfermedad de Parkinson)	NO	SI	Dosis Total(mg)	N° tomas de diarias
Ldopa Benserazida				
Ldopa Carbidopa				
Ldopa Carbidopa Entacapone				
Pramipexol:				
Ropirinol:				
Biperideno:				
Selegilina				
Rasagilina:				
Amantadina:				
Otros:				

Tratamiento farmacológico: (para Disonías)	NO	SI	Dosis Total	N° tomas de diarias
Levodopa				
Toxina botulínica				
Biperideno				
Tetrabenacina				
Baclofeno				
Clonazepam				
Otros:				

Tratamiento no farmacológico:	NO	SI
Fisioterapia		
Otros		

Cuestionario de calidad de vida (adjuntar)

Para diagnóstico de Enfermedad de Parkinson:

PDQ-39: Fecha: __/__/__ Puntaje: __ __/100 puntos

Para diagnóstico de Disonías:

SF 36: Fecha: __/__/__ Puntaje: __ __/100 puntos

Ingreso hospitalario asociado a Enfermedad de Parkinson/Disonía: No Si Fecha __/__/__

Motivo del ingreso:

Disfunción de sistema implantado: No Si Tipo de disfunción: Disfunción de electrodo
 Disfunción de generador

Infección de sistema implantado: No Si Detallar: _____

Otros: No Si Detallar: _____

Evaluación Psiquiátrica: (adjuntar informe) Fecha __/__/__

Resultado: Sin alteración Depresión Ansiedad Alteración de control de impulsos

Otros. Detallar: _____

(Adjuntar informe médico neurológico correspondiente al periodo de seguimiento y el registro de escalas realizadas)

Solicita ingreso de procedimiento posterior? No Si

Cuál?: a) Recambio de dispositivo interno: No Si

Requiere evaluación prequirúrgica: Si No

b) Recambio de dispositivo externo: No Si

Consideraciones que juzgue relevantes:
