

**FORMULARIO DE REALIZACIÓN DE EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA DEL PROGRAMA DE
NEUROMODULACIÓN EN ENFERMEDAD DE PARKINSON Y DISTONÍAS CON
ESTIMULACIÓN CEREBRAL PROFUNDA (ETAPA 2)**

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años. Sexo: Femenino Masculino

Médico responsable: N° de caja profesional _____ Dr. _____

DIAGNÓSTICO

- Enfermedad de Parkinson
 Distonía

Fecha de inicio de los síntomas: ___/___/___ Fecha de diagnóstico: ___/___/___

EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

¿Paciente ya implantado? Si No

Fecha de realización de evaluación: ___/___/___

ESCALAS CLÍNICAS

Para diagnóstico de Enfermedad de Parkinson:

PARTE A:

Test de Levodopa (adjuntar informe) Fecha: ___/___/___

Ingreso hospitalario: No Si

Complicaciones durante la internación? No Si

Neurológicas: No Si Cuál? _____

Médicas generales: No Si Cuál? _____

Estado al alta: Vivo Fecha de alta: ___/___/___

Pasa a: Institución de origen Domicilio Otro

Fallecido Fecha de fallecimiento: ___/___/___

Resultado:

Respuesta mayor a 40%: Si No

Avanza a parte B (evaluación prequirúrgica): Si No Motivo _____

PARTE B:

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
- Parte II (Distonía en Off, 4 preg): __/16
- Parte III (Discapacidad provocada por las discinesias, 11 preg): __/44

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

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (adjuntar)

Para diagnóstico de Enfermedad de Parkinson:

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

Para diagnóstico de Distonías:

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

VALORACIÓN COMPLEMENTARIA

Estudio neuropsicológico: No Si Fecha: __/__/__

Evaluación psiquiátrica: No Si Fecha: __/__/__

Evaluación de trastornos deglutorios: No Si Fecha: __/__/__

RESULTADO DE EVALUACIÓN (Adjuntar informe médico)

En primoimplante:

¿Paciente candidato a implante de ECP? Si No Detallar: _____

En paciente ya implantado:

¿Paciente candidato a recambio de dispositivo interno? Si No Detallar: _____

Consideraciones que juzgue relevantes:

INGRESO POR SISTEMA