

**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:

- Escala para la evaluación de las Distonías AIMS (adjuntar): No Si Fecha: __/__/__
- Sector movimiento: __/120 puntos
 - Sector discapacidad: __/30 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