

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

Fecha de solicitud: ___/___/___

Nombre del paciente _____ C.I. _____

MEDICO SOLICITANTE

Nº de caja profesional _____ Nombre _____ Firma _____

DIAGNÓSTICO

- Enfermedad de Parkinson
 Distonía

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

EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA

¿Paciente ya implantado? No Si Evaluación ya realizada? No Si Fecha: ___/___/___
 Si Fecha de implante: ___/___/___
Dispositivo: Unilateral Bilateral
Tipo: Recargable No recargable
Modelo: _____

ANTECEDENTES PERSONALES Si No

PERINATALES (DISTONÍAS) No Si

- Sufrimiento fetal
 Hipoxia perinatal
 Pretérmino
 Infección perinatal
 Otro. Esp. _____

**DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL
(DISTONÍAS)** No Si

**RENDIMIENTO ESCOLAR NORMAL
(DISTONÍAS)** No Si

CARDIOVASCULARES No Si

- Cardiopatía isquémica
 HTA
 Otros. Esp. _____

RESPIRATORIOS No Si

- Asma
 EPOC
 Otros. Esp. _____

DIGESTIVOS No Si

Especifique: _____

PSIQUIÁTRICOS No Si

- Depresión
 IAE
 Psicosis crónica
 Otros. Esp. _____

ENDOCRINO-METABÓLICOS No Si

- Diabetes Dislipemia
 Hipotiroidismo Hipertiroidismo
 Otros _____

NEFROUROLÓGICOS No Si

- Insuficiencia renal
 Otros. Esp. _____

HEMATOLÓGICOS No Si

- Anemia
 Trombocitopenia
 Leucopenia
 Otros. Esp. _____

ENFERMEDAD NEOPLÁSICA No Si

Especifique: _____

ENFERMEDADES AUTOINMUNES No Si

Especifique: _____

INFECCIONES No Si

- HIV
 Hepatitis B
 Hepatitis C
 Otros. Esp. _____

NEUROLÓGICOS No Si

- Ataque cerebro vascular
 Epilepsia
 Deterioro cognitivo
 Otros. Esp. _____

OTROS No Si

- Alcoholismo
 Tabaquismo
 Consumo problemático de drogas
 Otros. Esp. _____

ANTECEDENTES FAMILIARES No Si

Distonía No Si

Enfermedad de Parkinson No Si

Otras enfermedades neurológicas No Si

Especificar: _____

SITUACIÓN CLÍNICA (ENFERMEDAD DE PARKINSON)

SITUACIÓN CLÍNICA ACTUAL

Hoehn and Yahr: ____ (puntaje 1 - 5)

Principal complicación/sintomatología motora no controlada: Bradicinesia Rigidez
 Temblor Disquinesias
 Otras _____

ESCALAS CLÍNICAS PREVIAS A LA CIRUGÍA (PACIENTE YA IMPLANTADO)

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): __/44

Parte II (Disonía en Off): __/16

Parte III (Discapacidad provocada por las discinesias): __/44

ÚLTIMAS ESCALAS REALIZADAS (PACIENTE YA IMPLANTADO)

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): __/44

Parte II (Disonía en Off): __/16

Parte III (Discapacidad provocada por las discinesias): __/44

SITUACIÓN CLÍNICA (DISTONÍAS)

Distribución: Segmentaria Multifocal Generalizada

Clasificación: Primaria
 Secundaria Detallar _____

Otras características asociadas: Disonía aislada
 Disonía combinada Detallar _____

Diagnóstico nosológico: _____

Diagnóstico genético: No Si Detallar _____

ESCALAS CLÍNICAS PREVIAS A LA CIRUGÍA (PACIENTE YA IMPLANTADO)

Escala para la evaluación de las Disonías AIMS (adjuntar): No Si Fecha: __/__/__

Sector movimiento: __/120 puntos

Sector discapacidad: __/30 puntos

ÚLTIMAS ESCALAS REALIZADAS (PACIENTE YA IMPLANTADO)

Escala para la evaluación de las Disonías AIMS (adjuntar): No Si Fecha: __/__/__

Sector movimiento: __/120 puntos

Sector discapacidad: __/30 puntos

ESTUDIOS REALIZADOS

Estudio genético: No Si Fecha: ___/___/___ Diagnóstico: _____

RNM de cráneo: No Si Fecha: ___/___/___

Estudio neuropsicológico: No Si Fecha: ___/___/___

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		

ADJUNTAR

- Informe médico
- Estudios de valoración etiológica y descarte de diferenciales si corresponde.

Consideraciones que juzgue relevantes: