

Paciente, D./Dña.

Nº personal.....

I. EVALUACIÓN DE LA AUTONOMÍA FUNCIONAL

FUNCIÓN	DESCRIPCIÓN	PUNTUACIÓN
ALIMENTACIÓN	- Autónomo/a, capaz de utilizar los cubiertos, come en un tiempo razonable - Necesita ayuda, por ejemplo, para trocear los alimentos - Incapaz de alimentarse	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
BAÑO	- Puede ducharse sin ayuda - Incapaz de bañarse o ducharse	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
ASEO PERSONAL	- Se lava la cara, se peina, se cepilla los dientes, se afeita (enchufa la maquinilla de afeitar) - Incapaz de asearse	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CAPACIDAD PARA VESTIRSE	- Autónomo/a. Se ata los cordones de los zapatos, se abrocha las prendas de vestir, se pone los tirantes - Necesita ayuda, pero hace al menos la mitad del trabajo en un tiempo razonable - Incapaz de vestirse	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONTROL INTESTINAL	- Sin problemas. Capaz de utilizar enemas o supositorios, en caso necesario - Problemas ocasionales. Necesita ayuda para ponerse enemas o supositorios - Incapaz de ponerse enemas o supositorios	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
CONTROL VESICAL	- Sin problemas. Capaz, en su caso, de manejar el material de recogida de orina - Problemas ocasionales, necesita ayuda para utilizar el material de recogida de orina - Incapaz de utilizar este material	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
UTILIZACIÓN DEL INODORO	- Autónomo/a para utilizar el inodoro o la cuña. Se sujeta la ropa, se limpia, tira de la cadena del inodoro o lava la cuña - Necesita ayuda para mantener el equilibrio, para sujetarse la ropa o coger el papel higiénico - Incapaz de utilizar el inodoro	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
DESPLAZAMIENTOS A LA CAMA, AL SILLÓN Y A LA SILLA	- Autónomo/a, incluso para bloquear la silla de ruedas y bajar los reposapiés - Necesita poca ayuda o simple vigilancia - Capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda para desplazarse - Completamente dependiente	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
MARCHA	- Recorre 50 metros sin ayuda. Puede utilizar bastones, pero no utiliza material con ruedas - Recorre 50 metros con ayuda - Recorre 50 metros en silla de ruedas sin ayuda, solamente si es incapaz de andar - Incapaz de andar	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
SUBIR ESCALERAS	- Autónomo/a. Puede utilizar bastones - Necesita ayuda o simple vigilancia - Incapaz de subir escaleras	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
TOTAL DE TODAS LAS FUNCIONES		.../100

El médico debe **seleccionar una casilla** de cada función obligatoriamente.

II. EVALUACIÓN TEMPOROESPACIAL

ESTADO DE LA PERSONA	EVALUACIÓN DE LAS DIFICULTADES HALLADAS		PUNTUACIÓN	
1. DIFICULTADES DE EXPRESIÓN Para expresarse mediante palabras o gestos	- siempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
			10	<input type="checkbox"/>
2. TRASTORNOS VERBALES Grita sin razón o molesta a otros gritando o chillando	- siempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
			10	<input type="checkbox"/>
3. PÉRDIDA DE LOS BUENOS MODALES Se comporta inadecuadamente con los cubiertos y los alimentos, se desviste intempestivamente, orina fuera del inodoro, escupe...	- siempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
			10	<input type="checkbox"/>
4. ORIENTACIÓN TEMPORAL	- completamente desorientado - ocasionalmente - sin dificultades		0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
			10	<input type="checkbox"/>
5. COMPORTAMIENTO AGITADO Presenta dificultades sociales o de carácter, auto agresividad o agitación psicomotriz (deambula, se escapa, etc.)	- siempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
			10	<input type="checkbox"/>
6. COMPORTAMIENTO NOCTURNO Deambula, molesta a otros, confunde el día y la noche	- siempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
			10	<input type="checkbox"/>
7. ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO VITAL	- completamente desorientado - ocasionalmente - sin dificultades		0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
			10	<input type="checkbox"/>
8. COMPORTAMIENTO DESTRUCTIVO Se muestra violento/a con el material o los objetos del entorno: ropa, mobiliario, publicaciones periódicas, etc. o agresivo/a con los demás	- siempre - ocasionalmente, raramente - nunca		0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
			10	<input type="checkbox"/>
9. PÉRDIDA DE MEMORIA	a) - retrógrada:	SÍ NO	0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
	b) - anterógrada:	SÍ NO	0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
10. RECONOCIMIENTO DEL ENTORNO Ha perdido la capacidad de reconocer...	a) – a la familia más cercana (hijos, cónyuge):	SÍ NO	0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
	b) – a los amigos, conocidos y otras personas:	SÍ NO	0	<input type="checkbox"/>
			5	<input type="checkbox"/>
TOTAL DE TODOS LOS CONCEPTOS		/100	

El médico debe **seleccionar una casilla** de cada concepto obligatoriamente.

.....

Fecha

.....

Firma y sello del médico