Hospital _____
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Nombre _____ Ap. 1º _____ Ap. 2º _____
Hª Clfn. _____ Edad _____ Fecha _____ nº ____

ANAMNESIS ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA

ANTECEDENTES PERSONALES

Congénitas _____
Endocrino-metab. _____
Respiratorias _____
Cardiovasculares _____
Digestivas _____
Genito-urinarias _____
Neurológicas _____
Psíquicas _____
Locomotor _____

Alergias _____
Antec. quirúrgicos _____

Hábitos tóxicos Alcohol ____ Tabaco ____ Drogas ____
Otros Dieta: normal ☐ especial ☐ Apetito _____
Peso actual ____ Pérdida ____ Estable ____ Ganancia ____
Prótesis dentales: ____ Masticac. _____
Medicación actual (otros) _____

ENTORNO SOCIOFAMILIAR

Estado civil _____ Pariente más próximo _____ Grado _____
Hijos ____ Edades _____
Vive con _____ Otras personas dependientes _____
Domicilio _____ Tfno. _____
Terrera: Piso ☐ Escaleras ☐ Ascensor ☐ Otras características _____
Circunstancias ambientales:
Baños ____ WC ____ Ducha ____ Bañera ____ Cocina ____ Habitac. ____ Camas ____ Alfombras ____
Ayuda domiciliaria _____ Familia colaboradora _____
Mercado / compra _____

HISTORIA SOCIOLABORAL

Estudios _____ Sabe leer ☐ escribir ☐ Profesión _____

Ocupación actual

Esfuerzos físicos: Leves ☐ Habituales ☐ Con frecuencia ☐ Ocasionalmente ☐
Moderados ☐ Habituales ☐ Con frecuencia ☐ Ocasionalmente ☐
Intensos ☐ Habituales ☐ Con frecuencia ☐ Ocasionales ☐

Situación laboral

Paro ☐ desde _____ ILT ☐ desde _____ Frec. _____ Durac. media _____
Invalidez: Provisional ☐ Permanente Parcial ☐ Total ☐ Absoluta ☐ Grado invalidez ☐ desde _____

COMUNICACIÓN

Colaborador _____ Estado de ánimo _____
Expresión oral _____
Gafas _____ Lentes de contacto _____
Prótesis auditiva _____ Prótesis de fonación _____
Otras _____

ELIMINACIÓN

Hábito miccional _____
Deposiciones _____
Sudoraciones _____
Incontinencia _____
Menstruaciones _____

HIGIENE, SUEÑO, OCIO

Aspecto general _____
Frec. ducha/baño _____ Ayuda: Sí ☐ No ☐
Patrón de sueño: Normal ☐ Siesta ☐ Insomnio ☐
Reparador: Sí ☐ No ☐ Causa _____
Ocio, aficiones, deportes _____

RELACIÓN

Problemas de pareja _____
Problemas sexuales _____
Problemas relación con el medio _____
Problemas laborales _____

Formulario realizado por: D.E. Ana Bilbao y Dr. Carlos Rodriguez Lozano.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTOS PREVIOS			TRATAMIENTO ACTUAL			
	Fecha	Motivo de suspensión	Nombre	Desde	Eficacia	Efectos secundarios
Analgésicos:			Analgésicos:			
1.			1.			
2.			2.			
AINE:			AINE:			
1.			1.			
2.			2.			
3.			3.			
4.			4.			
Corticoides:			Corticoides:			
1.			1.			
2.			2.			
Trat. de fondo:			Trat. de fondo:			
1.			1.			
2.			2.			
3.			3.			
4.						
5.						
Otros fármacos:			Otros fármacos:			
1.			1.			
2.			2.			
3.			3.			

Tratamiento rehabilitador

Cirugía aparato locomotor

DESARROLLO ANAMNESIS

Formulario realizado por: D.E. Ana Bilbao y Dr. Carlos Rodriguez Lozano.

EXPLORACIÓN GENERAL

Peso _____ Talla _____ TA _____ P _____ Tª _____ FR _____
Disimetría MMII _____ Podoscopia _____
Color de piel y mucosas _____ Pool salivar _____
Lesiones cutáneas _____
Estado de zonas de presión _____

EXPLORACIÓN REUMATOLÓGICA

ARTICULAC.	LADO DERECHO					LADO IZQUIERDO				
	Ritchie	Radar	Sinov	Limitac. mov.	Deform.	Ritchie	Radar	Sinov	Limitac. mov.	Deform.
Col. cerv	0 1 2 3									
Est. clavic	0 1 2 3									
Acrom clav	0 1 2 3									
Témp. mand.	0 1 2 3									
Hombros	0 1 2 3					0 1 2 3				
Codos	0 1 2 3					0 1 2 3				
Muñecas	0 1 2 3					0 1 2 3				
MCF's	0 1 2 3					0 1 2 3				
IFP's	0 1 2 3					0 1 2 3				
Caderas	0 1 2 3					0 1 2 3				
Rodillas	0 1 2 3					0 1 2 3				
Tobillos	0 1 2 3					0 1 2 3				
Calc-astrag	0 1 2 3					0 1 2 3				
Tarsos	0 1 2 3					0 1 2 3				
MTF's	0 1 2 3					0 1 2 3				

TOTAL RITCHIE _____ RITCHIE ANTERIOR _____ Fecha _____
TOTAL RADAR _____ NAD _____ NAT _____ Fecha _____
CAPACIDAD DE PRENSIÓN MANO IZDA. _____ MANO DERECHA _____
TIEMPO EN ANDAR 15 METROS _____

RESTO EXPLORACIÓN FÍSICA

MOVILIDAD Y AYUDAS

Marcha
Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Motivo principal _____
Camina: sin ayuda ☐ con ayuda: bastón ☐ bastón inglés ☐ muletas ☐ andador ☐ silla ☐

Miembros superiores
Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ Motivo principal _____

Ortesis
Collarín cervical ☐ corsé lumbar ☐
Férulas muñecas: reposo ☐ trabajo ☐ Otras férulas _____
Plantillas ☐ Calzado ortopédico ☐

Formulario realizado por: D.E. Ana Bilbao y Dr. Carlos Rodriguez Lozano.

CUESTIONARIOS FUNCIONALES

Rigidez matutina habitual (minutos):
EAV Dolor (última semana):

HAQ Sin dificultad 0 Alguna dificultad 1 Mucha dificultad 2 Incapaz 3 Autoaplicado: Sí ☐ No ☐

	Puntuación	Motivo principal	Utensilios empleados	Ayuda
A. VESTIRSE Y ASEARSE				
1. Vestirse y asearse				
2. Enjabonarse la cabeza				
B. LEVANTARSE				
1. Levantarse de una silla sin brazos				
2. Acostarse y levantarse de la cama				
C. COMER				
1. Cortar un filete de carne				
2. Abrir un cartón de leche nuevo				
3. Servirse la bebida				
D. CAMINAR-PASEAR				
1. Caminar por terreno llano				
2. Subir cinco escalones				
E. HIGIENE PERSONAL				
1. Lavarse y secarse todo el cuerpo				
2. Sentarse y levantarse del retrete				
3. Ducharse				
F. ALCANZAR				
1. Coger un paquete 1Kg. desde alto				
2. Agacharse y recoger ropa del suelo				
G. PRENSIÓN				
1. Abrir la puerta de un coche				
2. Abrir tarros cerrados				
3. Abrir y cerrar grifos				
H. OTRAS ACTIVIDADES				
1. Hacer los recados y la compra				
2. Entrar y salir de un coche				
3. Hacer las tareas de la casa				
PUNTUACIÓN TOTAL:		PUNTUACIÓN MEDIA:		

RADAR Fecha _____

1. Actividad en los últimos 6 meses _____ 2. Actividad inflamac. articular hoy _____ 3. Dolor articular, hoy _____

4. Rigidez matutina hoy: No ☐ Sí ☐
< 30 min. ☐ 30 min. - 1 h. ☐ 1 - 2 h. ☐ 2 - 4 h. ☐ > 4 h. ☐ Todo el día ☐

5. Capacidad funcional, hoy: 1. (I) 2. (II) 3. (III) 4. (IV)

EVALUACIÓN GLOBAL ENFERMERÍA

_____

_____

_____

_____

Se programa para: Educación paciente ☐ Fecha _____
Plan de cuidados enfermería ☐ Fecha _____
Otros _____

Fdo.:

Formulario realizado por: D.E. Ana Bilbao y Dr. Carlos Rodriguez Lozano.

Nombre _____ Ap. 1º _____ Ap. 2º _____ Edad _____ en _____ Hª Clínica _____ Tfno. _____

Diagnóstico _____ Tratamiento _____

Fecha	Nº	Problemas	Objetivos	Cuidados de enfermería	Evaluación	Fecha resolución

ALERGIAS

SEGUIMIENTO DE ENFERMERÍA 41.3					
Fecha / hora Identificación	Servicio	Unidad	Cama	GHF	Hoja nº

Formulario realizado por: D.E. Ana Bilbao y Dr. Carlos Rodriguez Lozano.