

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

HISTORIA CLÍNICA PARA EL/LA PACIENTE EGRESADX DE UCI

DATOS PACIENTE

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____ **Teléfono de contacto (paciente):** _____

Teléfono de contacto (otro): _____

Domicilio: _____ **Localidad:** _____

Correo electrónico: _____

Fecha y lugar de nacimiento: (ciudad provincia, país): _____

- Edad: _____ años
- N° HC: _____
- Escolaridad (*Suma total de años en el sistema educativo: primario, secundario, terciario y universitario*) _____ años
- Ocupación previa a internación por COVID-19 (*marcar lo que corresponda*):
 1. trabaja
 2. estudia
 3. amx de casa y/o jubiladx
 4. otras _____
- Médicxs a Cargo: _____
- Jefe de Sala: _____

I. Enfermedad actual

Concurrencia por (*marcar lo que corresponda*):

-Demanda espontánea

-Búsqueda activa CeTec

Enfermedad actual: _____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

II. Historia de infección por COVID-19

Fecha de diagnóstico de COVID-19: ___ / ___ / ___

¿Requirió hospitalización?: SI NO

Fecha de ingreso al hospital en el caso de haber requerido internación: ___ / ___ / ___

¿En dónde fue internadx?: *marcar nivel de mayor complejidad*

1. sala o centros de aislamiento

2. unidad de cuidados intensivos o emergencias

¿Requirió oxígeno en algún momento del período agudo de la enfermedad? SI NO

En caso de haberlo requerido ¿por cuánto tiempo? (total días u horas) _____

¿Estuvo conectadx a un respirador?: SI NO NO SABE

En caso de requerirlo ¿por cuánto tiempo? _____ días

Durante la internación:

¿Presentó falla renal o requirió diálisis? SI NO

¿Requirió medicamentos para mantener la presión arterial? SI NO NO SABE

Fecha de alta en caso de haber requerido hospitalización: ___ / ___ / ___

Tratamientos realizados e interconsultas efectuadas desde el alta:

III. Antecedentes personales

- Hábitos:

Tabaquismo: SI NO

Enolismo: SI NO

Drogas ilícitas: SI NO

- Alergias

- SI NO NO SABE

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

- Vacunación

Vacuna	SI (poner fecha última aplicación)	NO
COVID-19		
Antigripal		
Antineumocócica 13		
Antineumocócica 23		
Doble Bacteriana		
Doble o Triple viral		
Hepatitis B		
Fiebre Hemorrágica Argentina (en zonas de riesgo)		

- Cardiovasculares

- Hipertensión: SI NO
 - Angor: SI NO
 - Disnea (falta de aire): SI NO
 - Palpitaciones: SI NO
 - Arritmias: SI NO
 - Síncope: SI NO
 - Claudicación intermitente: SI NO
 - Edemas: SI NO

Factores de riesgo cardiovascular

- -Antecedentes familiares: SI NO
- -Obesidad: SI NO
- -Sedentarismo: SI NO
- -Diabetes tipo **1**: SI NO
- -Diabetes tipo **2**: SI NO
- Respiratorios:
 - Asma: SI NO
 - Bronquitis crónica: SI NO
 - TBC: SI NO
 - Neumonías previas: SI NO
- Nefrourológicos:
 - Insuficiencia renal: SI NO
 - Diálisis actual: SI NO

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

Neurológicos:

- ACV previo: SI NO
- Convulsiones: SI NO
- Mareos: SI NO

Metabólicos/Endocrinológicos:

- Dislipemia: SI NO
- Pérdida de peso: SI NO

● Hematológicos:

- Anemia: SI NO
- Trastornos de la coagulación: SI NO
- Grupo y Factor:
- Enfermedad oncohematológica: SI NO

● Reumatológicos:

- LES: SI NO
- AR: SI NO
- Otras:

● Psiquiátrico:

- ¿Se encuentra en tratamiento con un psiquiatra o psicólogo? SI NO
- ¿Recibe medicación? SI NO
- Ansiedad: SI NO
- Depresión: SI NO

● Oncológicos: SI NO

En caso de respuesta afirmativa indicar cuál: _____

Tratamientos utilizados previamente a la internación por COVID-19

Fármacos	Dosis	Intervalos

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

PRIMERA CONSULTA

IV. Examen físico

TA	mmHg
FC	lpm
FR	rpm
Temperatura (axilar)	°C
Saturación	% (FiO2 21%)
Peso	kg.
Talla	metro
BMI	kg/m²

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

V. Instrumentos de evaluación al alta

Antes de utilizar los instrumentos realizar las siguientes preguntas:

- Ocupación al momento de la entrevista (*marcar lo que corresponda*):
 1. trabaja
 2. estudia
 3. amx de casa y/o jubiladx
 4. otras _____
- ¿Requiere cuidador? SI NO
- En caso de requerirlo actualmente, ¿también lo necesitaba previo a la infección por COVID-19? SI NO

Se recomienda seguir el orden pautado de las diferentes evaluaciones debido a que la evaluación neurocognitiva puede generar algún grado de fatiga.

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

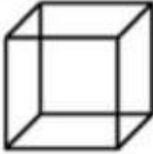
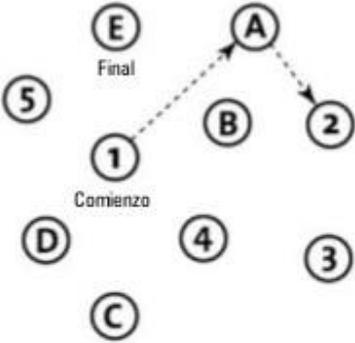
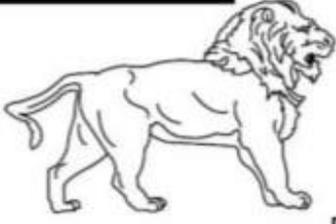
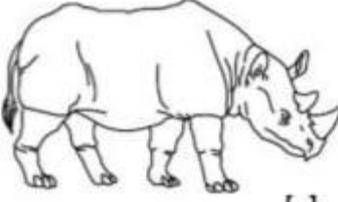
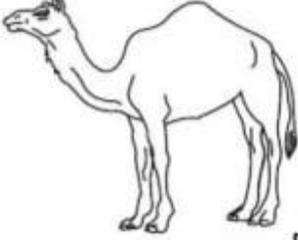
1. Evaluación cognitiva: MOCA

En caso de consultas o dudas ver anexo página 33

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: _____
Nivel de estudios: _____
Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____
FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		 <p>Copiar el cubo</p>		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)			Puntos	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas			___/5	
IDENTIFICACIÓN		 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos	
		1er intento						
		2º intento						
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2						___/2	
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.	<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1	
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65	4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.					___/3	
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>						___/2	
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N \geq 11 palabras)						___/1	
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla						___/2	
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Optativo	Pista de categoría							
	Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad						___/6	
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal $\geq 26 / 30$		TOTAL		___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

2. Actividades de la vida diaria: Índice de Barthel

En caso de consultas o dudas, ver anexo página 37

Actividad	Descripción	Valor	Pts
Comer	Dependiente	0	
	Necesita ayuda para cortar, untar manteca, usar condimentos, etc.	5	
	Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10	
Trasladarse entre la silla y la cama	Dependiente, no se mantiene sentado	0	
	Necesita ayuda importante (1 o 2 personas), puede estar sentado	5	
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10	
	Independiente	15	
Aseo personal	Dependiente	0	
	Independiente para lavarse las manos, cara, dientes, peinarse, etc.	5	
Uso del retrete	Dependiente	0	
	Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo	5	
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10	
Bañarse o ducharse	Dependiente	0	
	Independiente para bañarse o ducharse	5	
Desplazarse	Inmóvil	0	
	Independiente en silla de ruedas en 50 m	5	
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10	
	Independiente al menos 50 m, con muleta, excepto andador	15	
Subir y bajar escaleras	Dependiente	0	
	Necesita ayuda física o verbal, puede usar cualquier tipo de muleta	5	
	Independiente para subir y bajar	10	
Vestirse y desvestirse	Dependiente	0	
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aprox., sin ayuda	5	
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc	10	
Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0	
	Accidente excepcional (uno/semana)	5	
	Continente	10	
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0	
	Accidente excepcional (máximo uno/24horas)	5	
	Continente, durante al menos 7 días	10	

Puntaje total (suma de los 10 ítems): _____

Marcar con una cruz el valor correspondiente en la siguiente tabla

<20	Dependencia total	
21-60	Dependencia severa	
61-90	Dependencia moderada	
91-99	Dependencia leve	
100	Independencia	

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

3. Evaluación de la calidad de vida: EUROQOL 5D 3D

En caso de consultas o dudas ver anexo página 39

a) Evaluación de 5 dominios (5D)

Marcar con un círculo el valor que corresponda a cada categoría según el estado de salud de hoy

Movilidad:	Valor
No tengo problemas para caminar	1
Tengo algunos problemas para caminar	2
Tengo que estar en cama	3
Cuidado personal:	
No tengo problemas con el cuidado personal	1
Tengo algunos problemas para levantarme o vestirme solx	2
Soy incapaz de lavarme o vestirme solx	3
Actividades cotidianas (trabajar, estudiar, tareas domésticas, actividades familiares o recreativas):	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	1
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	2
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	3
Dolor/malestar:	
No tengo dolor ni malestar	1
Tengo dolor o malestar moderado	2
Tengo mucho dolor o malestar	3
Ansiedad/Depresión:	
No estoy ansiosx ni deprimidx	1
Estoy moderadamente ansiosx o deprimidx	2
Estoy muy ansiosx o deprimidx	3

Puntuación*: _____

**ATENCIÓN: Este puntaje NO se obtiene de la suma. Deben registrarse los valores de cada dominio. Ejemplo de puntuación: 1111, 13111 1231*

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

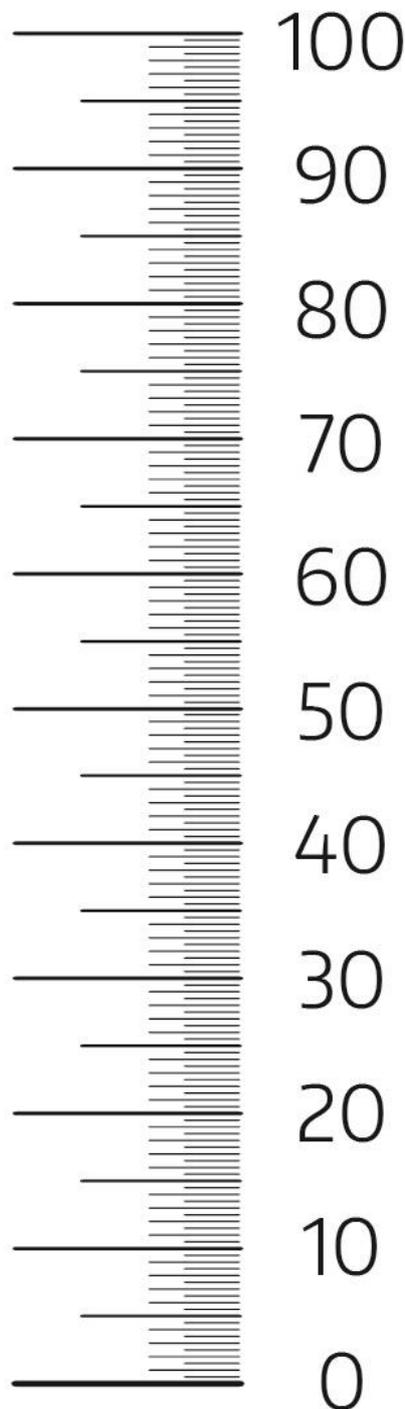
Paciente: _____

Fecha: _____

b) Evaluación visual analógica

Escala EUROQOL de autovaloración del estado de salud

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro. Usted deberá marcar con un 100 en el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse



Valor marcado por el/la paciente: _____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

4. Evaluación del dolor: Escala Visual Analgésica (EVA)

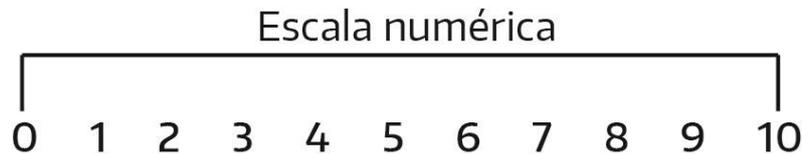
En caso de consultas o dudas ver anexo página 41

Preguntar:

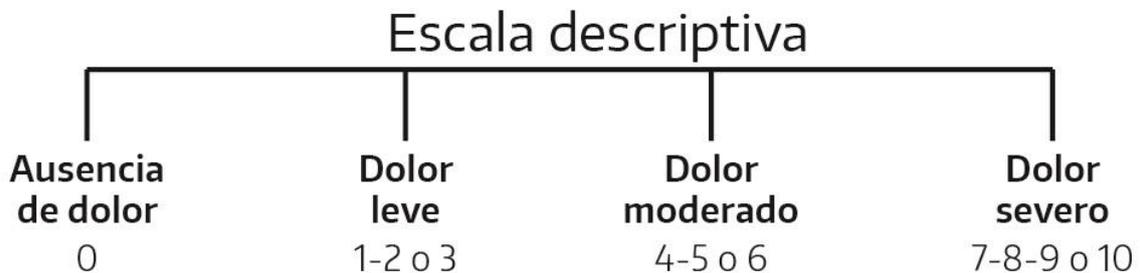
¿Siente usted dolor ahora? SI NO

¿De 0 a 10 máximo como lo calificaría? Márquelo en el siguiente gráfico

Marcar el valor que corresponda:



Interpretación, marcar la categoría que corresponda:



5. Evaluación de la función muscular y de la disnea por parte del profesional en kinesiología

En caso de consultas o dudas ver anexo página 42

a) Medición de la fuerza muscular medida por dinamómetro:

Puntaje en KG_____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

b) Medición de la fuerza en caso de no contar con un dinamómetro: Escala Medical Research Council (MRC)

Grupo y movimiento muscular evaluados (bilateralmente)		Puntuación de la contracción	Pts.
IZQ	DER	- No visible	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Visible/contracción palpable sin movimiento del segmento articular	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento del segmento articular, no vence gravedad	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento del segmento articular, vence gravedad	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento vence gravedad y resistencias impuestas	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Fuerza normal	5

Puntaje total MRC: ____ puntos

6. Short physical performance battery (puntuación SPPB) por parte de profesional en kinesiología

En caso de consultas o dudas ver anexo página 44

PUNTUACIÓN SPPB:

Fecha:

ID/Nombre:

1. Puntuación equilibrio

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

1. Intentó, pero no pudo (0p)
2. El participante no pudo mantener la posición sin ayuda (0p)
3. Nos sentíamos inseguros (0p)
4. El participante se sentía inseguro (0p)
5. El participante no sigue las instrucciones
6. Otras (especifica) _____
7. El participante se negó



Pies juntos	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	<input type="text"/>
↓	+	
Semi-tandem	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	<input type="text"/>
↓	+	
Tandem	=10 seg. = 2 p 3 - 9.99 seg. = 1 p < 3 seg. = 0 p	<input type="text"/>
=		<input type="text"/>
Total puntos:		<input type="text"/>

2. Puntuación caminar

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

1. Intentó, pero no pudo (0p)
2. El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
3. Nos sentíamos inseguros (0p)
4. El participante se sentía inseguro (0p)
5. El participante no sigue las instrucciones
6. Otras (especifica) _____
7. El participante se negó



El participante no pudo:	= 0 puntos
Tiempo entre > 8.7	= 1 punto
Tiempo entre 6.21 - 8.70	= 2 puntos
Tiempo entre 4.82 - 6.20	= 3 puntos
Tiempo entre < 4.82	= 4 puntos

La mejor puntuación:

Medir saturación

3. Puntuación levantarse/sentarse x5

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

1. Intentó, pero no pudo (0p)
2. El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
3. Nos sentíamos inseguros (0p)
4. El participante se sentía inseguro (0p)
5. El participante no sigue las instrucciones
6. Otras (especifica) _____
7. El participante se negó

El participante no pudo >60 seg	= 0 puntos
Tiempo entre ≥16.7 seg	= 1 punto
Tiempo entre 13.7 - 16.69 seg	= 2 puntos
Tiempo entre 11.20 - 13.69 seg	= 3 puntos
Tiempo entre ≤ 11.19 seg	= 4 puntos



Puntuación:

Prueba:

TOTAL PUNTUACIÓN SPPB 1.+2.+3.:

Saturación antes de iniciar la prueba n°3 _____

Saturación post prueba n°3 _____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

Resumen de la Primera consulta

- Paciente:
- Fecha de evaluación: ___ / ___ / ___
- Días de estadía en UCI:
- Días de ventilación mecánica:
- Días de estadía hospitalaria:
- Consulta a los ___ días del alta hospitalaria

Evaluación en consultorio de seguimiento:

1. Resultado de los tests

- MOCA:
- Índice de Barthel:
- Euroqol 5D 3D:
- Escala Visual Analgésica (AVA):

2. Conductas:

Señale en este paciente las conductas indicadas (puede marcar más de una)

- a. Rehabilitación motora
- b. Rehabilitación cognitiva
- c. Seguimiento por servicio de clínica médica
- d. Seguimiento por servicio de salud mental (*articular con la decisión tomada por dicho servicio*)
- e. Interconsulta con neumonología (*se sugiere en caso de síntomas persistentes como disnea, desaturación y otros síntomas respiratorios*)
- f. Otras: *especificar* _____

4. Pendientes: _____

5. Próxima visita en consultorio de seguimiento UCI: ___ / ___ / ___

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

SEGUNDA CONSULTA

IV. Examen físico

TA	mmHg
FC	lpm
FR	rpm
Temperatura (axilar)	°C
Saturación	% (FiO2 21%)
Peso	kg.
Talla	metro
BMI	kg/m ²

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

V. Instrumentos de evaluación al alta

Antes de utilizar los instrumentos realizar las siguientes preguntas:

- Ocupación al momento de la entrevista (*marcar lo que corresponda*):
 1. trabaja
 2. estudia
 3. amx de casa y/o jubiladx
 4. otras _____
- ¿Requiere cuidador? SI NO
- En caso de requerirlo actualmente, ¿también lo necesitaba previo a la infección por COVID-19? SI NO

Se recomienda seguir el orden pautado de las diferentes evaluaciones debido a que la evaluación neurocognitiva puede generar algún grado de fatiga.

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

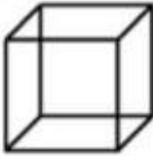
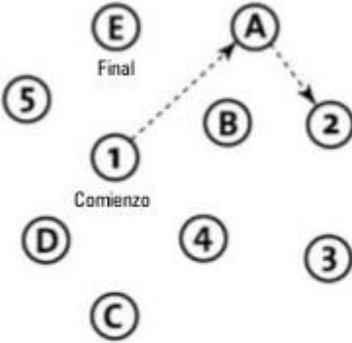
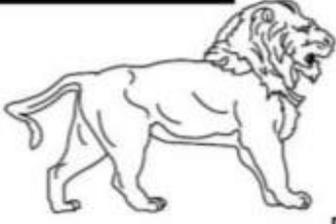
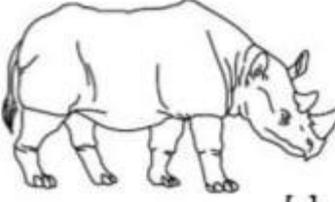
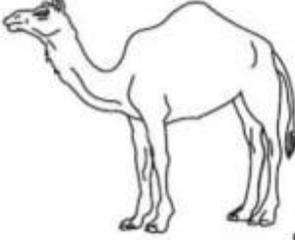
1. Evaluación cognitiva: MOCA

En caso de consultas o dudas ver anexo página 33

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		 <p>Copiar el cubo</p>		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)			Puntos	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas			___/5	
IDENTIFICACIÓN		 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		___/3
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos	
		1er intento						
		2º intento						
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2						___/2	
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.	<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1	
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100.	<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 86	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 65	___/3	
		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.						
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>						___/2	
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.	<input type="checkbox"/> _____ (N \geq 11 palabras)					___/1	
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla						___/2	
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Optativo	Pista de categoría							
	Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha)	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Día de la semana	<input type="checkbox"/> Lugar	<input type="checkbox"/> Localidad	___/6	
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal $\geq 26 / 30$		TOTAL			___/30	
				Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios				

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

2. Actividades de la vida diaria: Índice de Barthel

En caso de consultas o dudas, ver anexo página 37

Actividad	Descripción	Valor	Pts
Comer	Dependiente	0	
	Necesita ayuda para cortar, untar manteca, usar condimentos, etc.	5	
	Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10	
Trasladarse entre la silla y la cama	Dependiente, no se mantiene sentado	0	
	Necesita ayuda importante (1 o 2 personas), puede estar sentado	5	
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10	
	Independiente	15	
Aseo personal	Dependiente	0	
	Independiente para lavarse las manos, cara, dientes, peinarse, etc.	5	
Uso del retrete	Dependiente	0	
	Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo	5	
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10	
Bañarse o ducharse	Dependiente	0	
	Independiente para bañarse o ducharse	5	
Desplazarse	Inmóvil	0	
	Independiente en silla de ruedas en 50 m	5	
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10	
	Independiente al menos 50 m, con muleta, excepto andador	15	
Subir y bajar escaleras	Dependiente	0	
	Necesita ayuda física o verbal, puede usar cualquier tipo de muleta	5	
	Independiente para subir y bajar	10	
Vestirse y desvestirse	Dependiente	0	
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aprox., sin ayuda	5	
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc	10	
Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0	
	Accidente excepcional (uno/semana)	5	
	Continente	10	
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0	
	Accidente excepcional (máximo uno/24horas)	5	
	Continente, durante al menos 7 días	10	

Puntaje total (suma de los 10 ítems): _____

Marcar con una cruz el valor correspondiente en la siguiente tabla

<20	Dependencia total	
21-60	Dependencia severa	
61-90	Dependencia moderada	
91-99	Dependencia leve	
100	Independencia	

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

3. Evaluación de la calidad de vida: EUROQOL 5D 3D

En caso de consultas o dudas ver anexo página 39

a) Evaluación de 5 dominios (5D)

Marcar con un círculo el valor que corresponda a cada categoría según el estado de salud de hoy

Movilidad:	Valor
No tengo problemas para caminar	1
Tengo algunos problemas para caminar	2
Tengo que estar en cama	3
Cuidado personal:	
No tengo problemas con el cuidado personal	1
Tengo algunos problemas para levantarme o vestirme solx	2
Soy incapaz de lavarme o vestirme solx	3
Actividades cotidianas (trabajar, estudiar, tareas domésticas, actividades familiares o recreativas):	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	1
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	2
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	3
Dolor/malestar:	
No tengo dolor ni malestar	1
Tengo dolor o malestar moderado	2
Tengo mucho dolor o malestar	3
Ansiedad/Depresión:	
No estoy ansiosx ni deprimidx	1
Estoy moderadamente ansiosx o deprimidx	2
Estoy muy ansiosx o deprimidx	3

Puntuación*: _____

**ATENCIÓN: Este puntaje NO se obtiene de la suma. Deben registrarse los valores de cada dominio. Ejemplo de puntuación: 1111, 13111 1231*

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

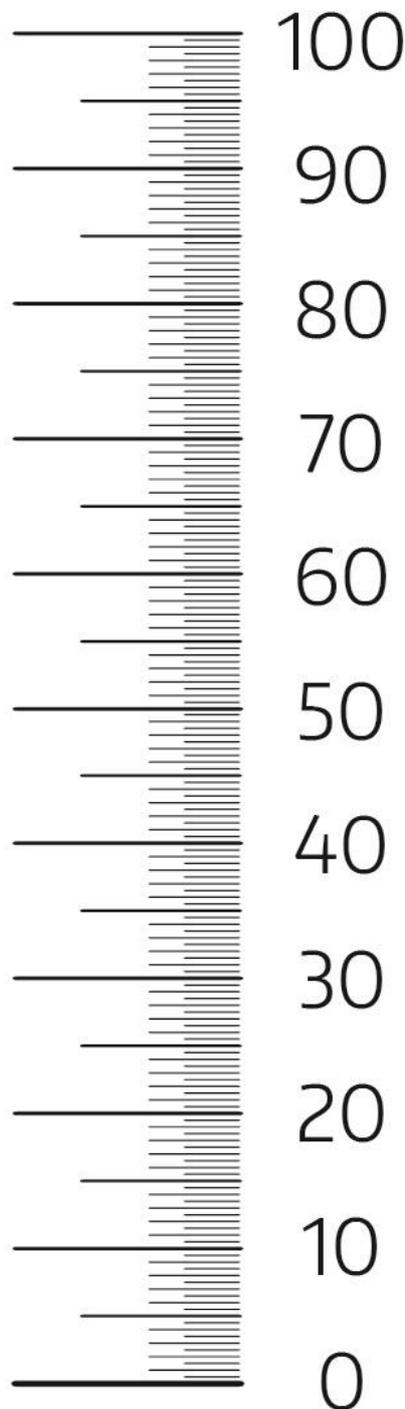
Paciente: _____

Fecha: _____

b) Evaluación visual analógica

Escala EUROQOL de autovaloración del estado de salud

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro. Usted deberá marcar con un 100 en el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse



Valor marcado por el/la paciente: _____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

4. Evaluación del dolor: Escala Visual Analgésica (EVA)

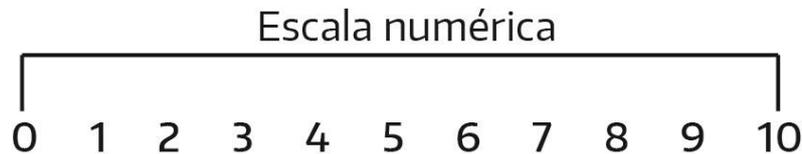
En caso de consultas o dudas ver anexo página 41

Preguntar:

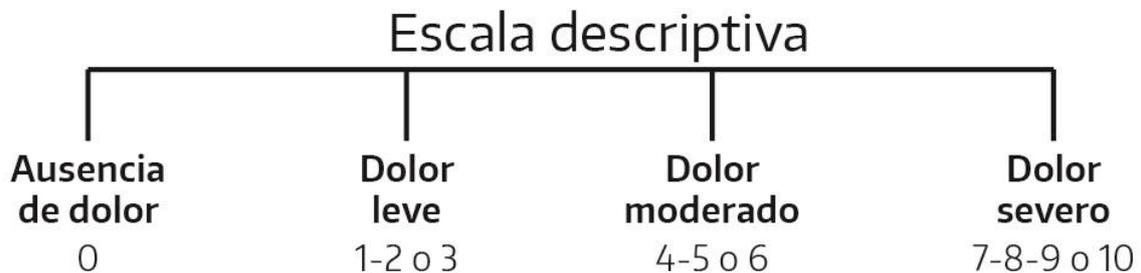
¿Siente usted dolor ahora? SI NO

¿De 0 a 10 máximo como lo calificaría? Márquelo en el siguiente gráfico

Marcar el valor que corresponda:



Interpretación, marcar la categoría que corresponda:



5. Evaluación de la función muscular y de la disnea por parte del profesional en kinesiología

En caso de consultas o dudas ver anexo página 42

a) Medición de la fuerza muscular medida por dinamómetro:

Puntaje en KG_____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

b) Medición de la fuerza en caso de no contar con un dinamómetro: Escala Medical Research Council (MRC)

Grupo y movimiento muscular evaluados (bilateralmente)		Puntuación de la contracción	Pts.
IZQ	DER	- No visible	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Visible/contracción palpable sin movimiento del segmento articular	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento del segmento articular, no vence gravedad	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento del segmento articular, vence gravedad	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento vence gravedad y resistencias impuestas	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Fuerza normal	5

Puntaje total MRC: ____ puntos

6. Short physical performance battery (puntuación SPPB) por parte de profesional en kinesiología

En caso de consultas o dudas ver anexo página 44

PUNTUACIÓN SPPB:

Fecha:

ID/Nombre:

1. Puntuación equilibrio

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

- Intentó, pero no pudo (0p)
- El participante no pudo mantener la posición sin ayuda (0p)
- Nos sentíamos inseguros (0p)
- El participante se sentía inseguro (0p)
- El participante no sigue las instrucciones
- Otras (especifica) _____
- El participante se negó



Pies juntos	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	<input type="text"/>
+		
Semi-tandem	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	<input type="text"/>
+		
Tandem	=10 seg. = 2 p 3 - 9.99 seg. = 1 p < 3 seg. = 0 p	<input type="text"/>
=		<input type="text"/>
Total puntos:		<input type="text"/>

2. Puntuación caminar

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

- Intentó, pero no pudo (0p)
- El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
- Nos sentíamos inseguros (0p)
- El participante se sentía inseguro (0p)
- El participante no sigue las instrucciones
- Otras (especifica) _____
- El participante se negó



El participante no pudo:	= 0 puntos
Tiempo entre > 8.7	= 1 punto
Tiempo entre 6.21 - 8.70	= 2 puntos
Tiempo entre 4.82 - 6.20	= 3 puntos
Tiempo entre < 4.82	= 4 puntos

La mejor puntuación:

Medir saturación

3. Puntuación levantarse/sentarse x5

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

- Intentó, pero no pudo (0p)
- El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
- Nos sentíamos inseguros (0p)
- El participante se sentía inseguro (0p)
- El participante no sigue las instrucciones
- Otras (especifica) _____
- El participante se negó

El participante no pudo >60 seg	= 0 puntos
Tiempo entre ≥16.7 seg	= 1 punto
Tiempo entre 13.7 - 16.69 seg	= 2 puntos
Tiempo entre 11.20 - 13.69 seg	= 3 puntos
Tiempo entre ≤ 11.19 seg	= 4 puntos



Puntuación:

Prueba:

TOTAL PUNTUACIÓN SPPB 1.+2.+3.:

Saturación antes de iniciar la prueba n°3 _____

Saturación post prueba n°3 _____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

Resumen de la Segunda consulta

- Paciente: _____
- Fecha de evaluación: ___ / ___ / ___
- Días de estadía en UCI: _____
- Días de ventilación mecánica: _____
- Días de estadía hospitalaria: _____
- Consulta a los ____ días del alta hospitalaria

Evaluación en consultorio de seguimiento:

1. Resultado de los tests

- MOCA: _____
- Índice de Barthel: _____
- Euroqol 5D 3D: _____
- Escala Visual Analgésica (AVA): _____

2. Conductas:

Señale en este paciente las conductas indicadas (puede marcar más de una)

- a. Rehabilitación motora
- b. Rehabilitación cognitiva
- c. Seguimiento por servicio de clínica médica
- d. Seguimiento por servicio de salud mental (*articular con la decisión tomada por dicho servicio*)
- e. Interconsulta con neumonología (*se sugiere en caso de síntomas persistentes como disnea, desaturación y otros síntomas respiratorios*)
- f. Otras: *especificar* _____

4. Pendientes: _____

5. Próxima visita en consultorio de seguimiento UCI: ___ / ___ / ___

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

TERCERA CONSULTA

IV. Examen físico

TA	mmHg
FC	lpm
FR	rpm
Temperatura (axilar)	°C
Saturación	% (FiO2 21%)
Peso	kg.
Talla	metro
BMI	kg/m ²

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

V. Instrumentos de evaluación al alta

Antes de utilizar los instrumentos realizar las siguientes preguntas:

- Ocupación al momento de la entrevista (*marcar lo que corresponda*):
 1. trabaja
 2. estudia
 3. amx de casa y/o jubiladx
 4. otras _____
- ¿Requiere cuidador? SI NO
- En caso de requerirlo actualmente, ¿también lo necesitaba previo a la infección por COVID-19? SI NO

Se recomienda seguir el orden pautado de las diferentes evaluaciones debido a que la evaluación neurocognitiva puede generar algún grado de fatiga.

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

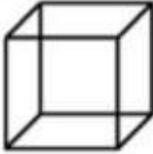
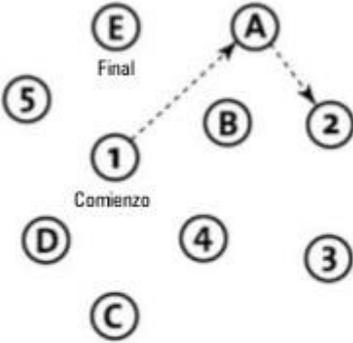
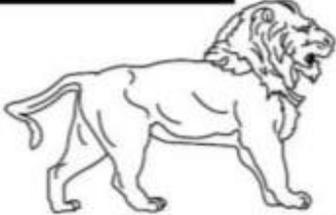
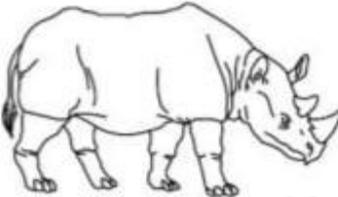
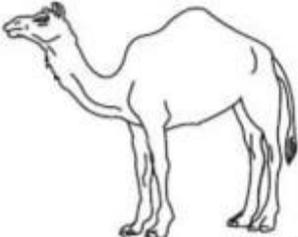
1. Evaluación cognitiva: MOCA

En caso de consultas o dudas ver anexo página 33

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE: _____
Nivel de estudios: _____
Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____
FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		 Copiar el cubo <input type="checkbox"/>		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)			Puntos ____/5		
 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Contorno	<input type="checkbox"/> Números	<input type="checkbox"/> Agujas			
IDENTIFICACIÓN									
 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>		 <input type="checkbox"/>			____/3		
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
		1er intento _____ 2º intento _____							
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2					____/2		
		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. <input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAAMOF AAB					____/1		
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.					____/3		
LENGUAJE		Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>					____/2		
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N \geq 11 palabras)					____/1		
ABSTRACCIÓN		Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla					____/2		
RECUERDO DIFERIDO		Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
Optativo		Pista de categoría _____ Pista elección múltiple _____							
ORIENTACIÓN		<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad					____/6		
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org				Normal $\geq 26 / 30$		TOTAL _____/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

2. Actividades de la vida diaria: Índice de Barthel

En caso de consultas o dudas, ver anexo página 37

Actividad	Descripción	Valor	Pts
Comer	Dependiente	0	
	Necesita ayuda para cortar, untar manteca, usar condimentos, etc.	5	
	Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	10	
Trasladarse entre la silla y la cama	Dependiente, no se mantiene sentado	0	
	Necesita ayuda importante (1 o 2 personas), puede estar sentado	5	
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10	
	Independiente	15	
Aseo personal	Dependiente	0	
	Independiente para lavarse las manos, cara, dientes, peinarse, etc.	5	
Uso del retrete	Dependiente	0	
	Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo	5	
	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10	
Bañarse o ducharse	Dependiente	0	
	Independiente para bañarse o ducharse	5	
Desplazarse	Inmóvil	0	
	Independiente en silla de ruedas en 50 m	5	
	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10	
	Independiente al menos 50 m, con muleta, excepto andador	15	
Subir y bajar escaleras	Dependiente	0	
	Necesita ayuda física o verbal, puede usar cualquier tipo de muleta	5	
	Independiente para subir y bajar	10	
Vestirse y desvestirse	Dependiente	0	
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aprox., sin ayuda	5	
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc	10	
Control de heces	Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0	
	Accidente excepcional (uno/semana)	5	
	Continente	10	
Control de orina	Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0	
	Accidente excepcional (máximo uno/24horas)	5	
	Continente, durante al menos 7 días	10	

Puntaje total (suma de los 10 ítems): _____

Marcar con una cruz el valor correspondiente en la siguiente tabla

<20	Dependencia total	
21-60	Dependencia severa	
61-90	Dependencia moderada	
91-99	Dependencia leve	
100	Independencia	

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente:

Fecha:

3. Evaluación de la calidad de vida: EUROQOL 5D 3D

En caso de consultas o dudas ver anexo página 39

a) Evaluación de 5 dominios (5D)

Marcar con un círculo el valor que corresponda a cada categoría según el estado de salud de hoy

Movilidad:	Valor
No tengo problemas para caminar	1
Tengo algunos problemas para caminar	2
Tengo que estar en cama	3
Cuidado personal:	
No tengo problemas con el cuidado personal	1
Tengo algunos problemas para levantarme o vestirme solx	2
Soy incapaz de lavarme o vestirme solx	3
Actividades cotidianas (trabajar, estudiar, tareas domésticas, actividades familiares o recreativas):	
No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	1
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	2
Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	3
Dolor/malestar:	
No tengo dolor ni malestar	1
Tengo dolor o malestar moderado	2
Tengo mucho dolor o malestar	3
Ansiedad/Depresión:	
No estoy ansiosx ni deprimidx	1
Estoy moderadamente ansiosx o deprimidx	2
Estoy muy ansiosx o deprimidx	3

Puntuación*: _____

**ATENCIÓN: Este puntaje NO se obtiene de la suma. Deben registrarse los valores de cada dominio. Ejemplo de puntuación: 1111, 13111 1231*

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

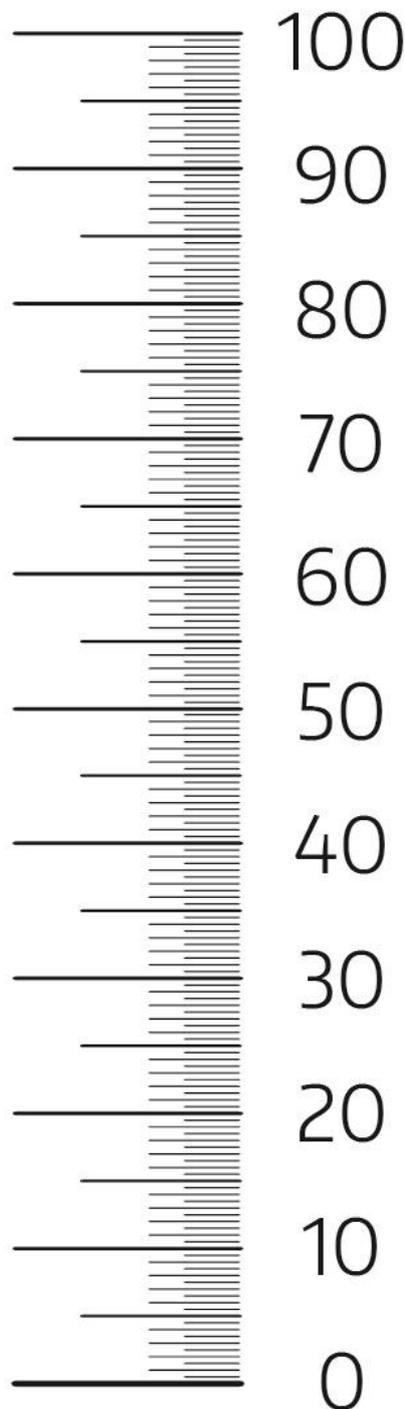
Paciente: _____

Fecha: _____

b) Evaluación visual analógica

Escala EUROQOL de autovaloración del estado de salud

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro. Usted deberá marcar con un 100 en el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse



Valor marcado por el/la paciente: _____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

4. Evaluación del dolor: Escala Visual Analgésica (EVA)

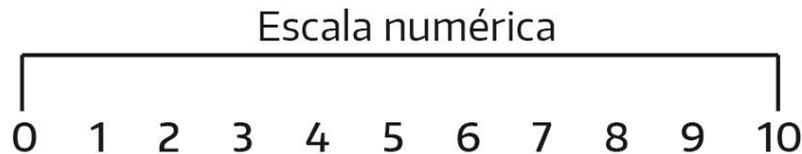
En caso de consultas o dudas ver anexo página 41

Preguntar:

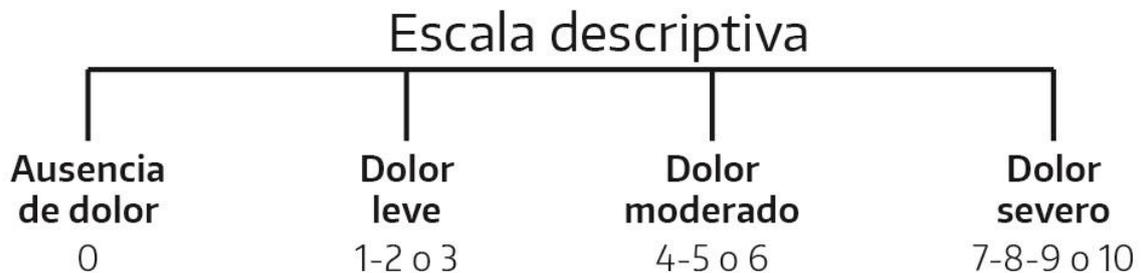
¿Siente usted dolor ahora? SI NO

¿De 0 a 10 máximo como lo calificaría? Márquelo en el siguiente gráfico

Marcar el valor que corresponda:



Interpretación, marcar la categoría que corresponda:



5. Evaluación de la función muscular y de la disnea por parte del profesional en kinesiología

En caso de consultas o dudas ver anexo página 42

a) Medición de la fuerza muscular medida por dinamómetro:

Puntaje en KG_____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

b) Medición de la fuerza en caso de no contar con un dinamómetro: Escala Medical Research Council (MRC)

Grupo y movimiento muscular evaluados (bilateralmente)		Puntuación de la contracción	Pts.
IZQ	DER	- No visible	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Visible/contracción palpable sin movimiento del segmento articular	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento del segmento articular, no vence gravedad	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento del segmento articular, vence gravedad	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Movimiento vence gravedad y resistencias impuestas	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Fuerza normal	5

Puntaje total MRC: ____ puntos

6. Short physical performance battery (puntuación SPPB) por parte de profesional en kinesiología

En caso de consultas o dudas ver anexo página 44

PUNTUACIÓN SPPB:

Fecha:

ID/Nombre:

1. Puntuación equilibrio

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

- Intentó, pero no pudo (0p)
- El participante no pudo mantener la posición sin ayuda (0p)
- Nos sentíamos inseguros (0p)
- El participante se sentía inseguro (0p)
- El participante no sigue las instrucciones
- Otras (especifica) _____
- El participante se negó



Pies juntos	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	<input type="text"/>
↓	+	
Semi-tandem	=10 seg. = 1 p <10 seg. = 0 p	<input type="text"/>
↓	+	
Tandem	=10 seg. = 2 p 3 - 9.99 seg. = 1 p < 3 seg. = 0 p	<input type="text"/>
	=	<input type="text"/>
Total puntos:		<input type="text"/>

2. Puntuación caminar

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

- Intentó, pero no pudo (0p)
- El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
- Nos sentíamos inseguros (0p)
- El participante se sentía inseguro (0p)
- El participante no sigue las instrucciones
- Otras (especifica) _____
- El participante se negó



El participante no pudo:	= 0 puntos
Tiempo entre > 8.7	= 1 punto
Tiempo entre 6.21 - 8.70	= 2 puntos
Tiempo entre 4.82 - 6.20	= 3 puntos
Tiempo entre < 4.82	= 4 puntos

La mejor puntuación:

Medir saturación

3. Puntuación levantarse/sentarse x5

Si el participante ha fallado o no lo ha intentado, porque:

- Intentó, pero no pudo (0p)
- El participante no pudo hacerlo sin ayuda (0p)
- Nos sentíamos inseguros (0p)
- El participante se sentía inseguro (0p)
- El participante no sigue las instrucciones
- Otras (especifica) _____
- El participante se negó

El participante no pudo >60 seg	= 0 puntos
Tiempo entre ≥16.7 seg	= 1 punto
Tiempo entre 13.7 - 16.69 seg	= 2 puntos
Tiempo entre 11.20 - 13.69 seg	= 3 puntos
Tiempo entre ≤ 11.19 seg	= 4 puntos



Puntuación:

Prueba:

TOTAL PUNTUACIÓN SPPB 1.+2.+3.:

Saturación antes de iniciar la prueba n°3 _____

Saturación post prueba n°3 _____

Número de consulta (marcar la que corresponda): 1 2 3

Paciente: _____

Fecha: _____

Resumen de la Tercera consulta

- Paciente: _____
- Fecha de evaluación: ____ / ____ / ____
- Días de estadía en UCI: _____
- Días de ventilación mecánica: _____
- Días de estadía hospitalaria: _____
- Consulta a los ____ días del alta hospitalaria

Evaluación en consultorio de seguimiento:

1. Resultado de los tests

- MOCA: _____
- Índice de Barthel: _____
- Euroqol 5D 3D: _____
- Escala Visual Analgésica (AVA): _____

2. Conductas:

Señale en este paciente las conductas indicadas (puede marcar más de una)

- a. Rehabilitación motora
- b. Rehabilitación cognitiva
- c. Seguimiento por servicio de clínica médica
- d. Seguimiento por servicio de salud mental (*articular con la decisión tomada por dicho servicio*)
- e. Interconsulta con neumonología (*se sugiere en caso de síntomas persistentes como disnea, desaturación y otros síntomas respiratorios*)
- f. Otras: *especificar* _____

4. Pendientes: _____
