**NOMBRE DEL PACIENTE:**

**FECHA:**

**CUESTIONARIO DE PFEIFFER**

**(VALORACION DE LA ESFERA COGNITIVA)**

**Realice las preguntas de 1 a 11 de la siguiente lista y señales con una x las respuestas incorrectas**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. ¿Qué día es hoy? (Día, mes, año).** |  |
| **2. ¿Qué día de la semana es hoy?** |  |
| **3. ¿Cómo se llama este sitio? (vale cualquier descripción correcta del lugar).** |  |
| **4. ¿En qué mes estamos?****5. ¿Cuál es el número de teléfono? Si no tiene teléfono, ¿Cuál es su dirección completa?)** |  |
| **6. ¿Cuántos años tiene Ud.?** |  |
| **7. ¿Cuándo nació Ud.?** |  |
| **8. ¿Quién es el actual Presidente del país?** |  |
| **9. ¿Quién fue el Presidente antes que él?** |  |
| **10. Dígame el primer apellido de su madre** |  |
| **11. Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente** |  |
| **Total suma de errores.** |  |
| **Valoración: Puntúan los errores, 1 punto por error, una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valerse criterios de demencia.** |
| **0-2 errores** | **Normal** |
| **3-4 errores** | **Leve deterioro cognitivo** |
| **5-7 errores** | **Moderado deterioro cognitivo patológico** |
| **8-10 errores** | **Importante deterioro cognitivo - grave** |

**\*Si el nivel de educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.**

**\*Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre, firma y timbre del profesional responsable de esta información**

**NOMBRE DEL PACIENTE:**

**FECHA:**

**ÍNDICE DE BARTHEL**

**(VALORACIÓN FUNCIONAL)**

**Actividades Básicas De La Vida Diaria**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Parámetro**  | **Situación del Paciente** | **Puntuación**  |
| Comer  | -Totalmente independiente-Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. -Dependiente | 1050 |
| Lavarse  | -Independiente: entra y sale solo al baño -Dependiente  | 50 |
| Vestirse  | -Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos-Necesita ayuda-Dependiente  | 1050 |
| Arreglarse  | -Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. -Dependiente | 50 |
| Deposiciones (valórese la semana previa) | -Continencia normal-Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas -Incontinencia  | 1050 |
| Micción (valórese la semana previa) | -Continencia normal o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta -Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda-Incontinencia  | 1050 |
| Usar el retrete  | -Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa-Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo-Dependiente | 1050 |
| Trasladarse  | -Independiente para ir del sillón a la cama -Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo-Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo -Dependiente | 151050 |
| Deambular  | -Independiente, camina solo 50 metros -Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros-Independiente en silla de ruedas sin ayuda-Dependiente  | 151050 |
| Escalones | -Independiente para bajar y subir escaleras-Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo -Dependiente  | 1050 |
|  | **Total**  |  |

|  |
| --- |
| **Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)** |
| **Resultado** | **Grado de dependencia**  |
| < 20 | Total  |
| 20-35 | Severo  |
| 40-55 | Moderado  |
| ≥ 60 | Leve  |
| 100 | Independiente  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre, firma y timbre del profesional responsable de esta información**