

# ANEXO



Instituto de Neurología y Neurocirugía

## República de Cuba. GRUPO DE APOYO NUTRICIONAL para la Enfermedad de Parkinson

Historia Clínica Nutricional



Centro Internacional de Restauración Neurológica

<b>I. HC:</b>		<b>II. Fecha:</b>			
<b>III. Edad:</b>		<b>IV. Sexo:</b>		<b>V. Color de piel:</b>	
<b>VI: Nombres y Apellidos:</b>					
<b>VII: Síntomas digestivos:</b>		<b>Fecha de inicio</b>	<b>Intensidad de los síntomas</b>		
Adentia _____			Total _____	Parcial _____	Prótesis: si ___ no ___
Disfagia a sólidos _____			Ligera _____	Moderada _____	Severa _____
Disfagia a líquidos _____			Ligera _____	Moderada _____	Severa _____
Sialorrea _____			Ligera _____	Moderada _____	Severa _____
Regurgitación gastroesofágica _____			Ligera _____	Moderada _____	Severa _____
Constipación _____			Ligera _____ Defeca diario pero con dificultad	Moderada _____ Defeca en días alternos y con dificultad	Severa _____ Menos de 3 defecaciones semanales
Meteorismo/distensión abdominal _____			Ligera _____	Moderada _____	Severa _____
<b>VIII. Sobre la Enfermedad Actual:</b>			<b>Años de evolución de la enfermedad:</b> _____		
<b>Síntomas motores predominantes:</b>					
<b>Otros síntomas no motores acompañantes:</b>					
Trastornos de la voz o lenguaje	Si _____ No _____	hiposmia	Si _____ No _____		
Disnea del sueño	Si _____ No _____	apatía	Si _____ No _____		
Retención urinaria	Si _____ No _____	Trastornos de la transpiración	Si _____ No _____		
Incontinencia urinaria	Si _____ No _____	Trastornos del sueño	Si _____ No _____		
Nocturia	Si _____ No _____	Depresión	Si _____ No _____		
Incontinencia fecal	Si _____ No _____	Ansiedad	Si _____ No _____		
Seborrea	Si _____ No _____	Demencia	Si _____ No _____		
Disfunción sexual	Si _____ No _____	Hipotensión ortostática	Si _____ No _____		
<b>IX: APP:</b>	<b>Fecha de diagnóstico</b>	<b>Diagnóstico endoscópico</b>	<b>Helicobacter pylory</b>	<b>Lleva tto</b>	
Úlcera péptica		Si _____ No _____	Si _____ No _____	Si _____ No _____	
RGE		Si _____ No _____		Si _____ No _____	
Hernia hiatal		Si _____ No _____		Si _____ No _____	
HTA				Si _____ No _____	
D Mellitus				Si _____ No _____	
Obesidad				Si _____ No _____	
Desnutrición				Si _____ No _____	
Dislipidemia				Si _____ No _____	
Esteatosis Hepática				Si _____ No _____	
Hipotiroidismo				Si _____ No _____	

<b>X. APF:</b>					
madre	padre	abuela m	abuelo m	abuela p	abuelo p
otros familiares:					
<b>XI. H. tóxicos:</b>					
<b>XII. Hábito intestinal antes de enfermarse:</b>					
<b>XIII. Tto. medicamentoso:</b>			<b>dosis</b>	<b>tiempo de uso</b>	
L Dopa					
Agonista dopaminérgico					
Inhibidor catecol-ortometiltransferasa (COMTAM)					
Amantadina					
Anticolinérgicos					
Neuroprotectores					
Otros:					
<b>XIV. Actividad física:</b>					
<b>XV. Historia alimentaria: Sobre gustos y preferencias</b>					
alimentos que más le gustan		alimentos que no le gustan		alimentos que no tolera	
alimentos que más consume		alimentos que no consume			
<b>XVI. Hist. Alim. Actual</b>		<b>horario</b>	<b>alimentos</b>	<b>porciones</b>	
desayuno:					
merienda:					
almuerzo:					
merienda:					
comida:					
cena:					

<b>XVII. Hemoquímica</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>
Hb / Hto.				
Leucocitos total				
Polimorfos/Mono/Eos				
CTL (conteo total de linfo)				
Eritro				
A. Úrico				
Urea				
Creatinina				
Glicemia en ayuna				
Colesterol				
Triglicéridos				
TGP				
TGO				
Albúmina Sérica				
Hierro Sérico				
Transferrina				
Ferritina				
Prealbúmina				
<b>XVIII. Ultrasonido: (elementos positivos)</b>				
Abdominal y renal				
<b>XIX. Antropometría</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>
P. habitual (Kg)				
P. actual (kg)				
Talla (m)				
CB (cm)				
CP (cm)				
Ci (cm)				
Cc (cm)				
Pliegues (mm):				
• PT				
• PSE				
• PSI				
AR (cm)				
Brazada (cm)				
Hemibrazada (cm)				
<b>Evaluación Nutricional</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )= calcular				
IMC (según ptos de cortes)				
I Ci/Cc = calcular				
P/T (según ptos de cortes)				
P/Edad (según ptos de cortes)				
CB/Edad (según ptos de cortes)				
<b>XX. Estado Nutricional</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>	<b>Fecha:</b>
Desnutrido				
Normopeso				
Sobrepeso				
Obeso				
Obeso mórbido				

**XXI. Conclusiones:**

**XXII. Recomendaciones:**

**XXIII. Indicaciones:**