

Encuestadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Fase 11 años***

**13. HOJA DE REGISTRO DE EXAMEN CLÍNICO**

**INFORMACIÓN GENERAL**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Día/mes/año)

Hora (24 hrs) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Hora/minutos)

**CONDICIONES DE LA SESIÓN**

Temperatura (oC) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Humedad relativa (%)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones

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

**MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Primera medida | | | | |  | Segunda medida | | | | |
| Altura del niño (cm) |  |  |  | , |  |  |  |  |  |  |  |
| Peso del niño (kg) |  |  |  | , |  |  |  |  |  |  |  |
| Circunferencia de la cintura del niño (cm) |  |  |  | , |  |  |  |  |  | , |  |

Observaciones:

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

**BIOIMPEDANCIA** (txisa egin behar du aurretik)

Resistance:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Reactance\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones

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

**PRESION ARTERIAL (REGISTRO DE 3 MEDIDAS):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mediciones** | **1ª medida** | **2ª medida** | **3ª medida** |
| PA sistólica |  |  |  |
| PA diastólica |  |  |  |
| PA media |  |  |  |
| FC |  |  |  |

Observaciones (incluyendo tamaño del manguito):

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

**ESPIROMETRÍA**

Antes de comenzar la visita, asegúrese de que el niño responde a las siguientes preguntas:

1. ¿Ha tomado medicación en las 24 horas previas a la visita?

* SI🡪 especifique la medicación que toma y cuando tomó la última dosis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NO

1. ¿Ha sufrido algún ataque de asma …

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | SI | NO | No sabe/No contesta |
| ... en los últimos 3 días? |  |  |  |
| ... en la última semana? |  |  |  |

1. ¿Ha sufrido resfriado o catarro en la última semana?
   1. SI
   2. NO
   3. No sabe/no contesta
2. ¿Ha sufrido de algún otro problema de salud la última semana?
   1. SI, especifique por favor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. NO
   3. No sabe/No contesta
3. ¿Ha sufrido resfriado común estos días?
   1. SI
   2. NO
   3. No sabe/no contesta
4. ¿Ha consumido chocolate, té, cola-cao, redbull, gingsen o algún otro producto que contenga cafeína, en las últimas dos horas?
5. SI
6. NO
7. ¿Ha realizado ejercicio en las últimas dos horas?
   1. SI
   2. NO
8. Solo para chicas, ¿fecha de última regla? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Medidas de espirometria** | **Resultados (mL)** |
| FVC : |  |
| FEV1: |  |
| FEV1/FVC: |  |
| FEV6 : |  |
| FEV1/FEV6: |  |
| FEF 25‐75%: |  |
| MEF 50: |  |
| PEF: |  |

**Observaciones** (impedimentos en el momento de realizar la prueba de espirometría por: mocos, resfriados, medicación, tos, dolor de cabeza, miedo, estado de ánimo u otros (especificar) / Compresión de las instrucciones para realizar la espirometría / otras observaciones):

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

**RECOGIDA MUESTRA DE PELO**

Lugar dónde se ha recogido la muestra

1. Área posterior
2. Otros 🡪 especificar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Observaciones de recogida de muestra de pelo

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

**ESCANER DE MANOS**

1. SI

2. NO

Observaciones

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

**CUESTIONARIOS**

🞎 El niño ha leído el cuestionario solo, sin necesidad de ayuda de la enfermera/encuestadora.

🞎 El niño ha leído el cuestionario solo, pero ha precisado de alguna aclaración por parte de la enfermera/encuestadora.

🞎 La enfermera/encuestadora ha ayudado al niño a leer el cuestionario.

🞎 La enfermera/encuestadora ha leído todo el cuestionario por el niño.

Observaciones

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

Encuestadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REGISTRO TEST DE NEURODESARROLLO**

**INFORMACIÓN GENERAL**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Día/mes/año)

Hora (24 hrs) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Hora/minutos)

**CONDICIONES TEST NEURODESARROLLO**

Clima:

1. Soleado
2. Sol/Nuves
3. Viento/LLuvia

Ruido:

1. No ruido
2. Algo de ruido
3. Espacio ruidoso

Calidad del test:

1. Normal
2. Algunas dificultades (de concentración…)
3. No usable

Observaciones

**APP MOBIL**

Si 

No 

Tiene móvil propio?

Si 

No 

Tiene sistema android?

Si 

No 

Se ha instalado la App?

NÚMERO DE TELÉFONO: \_ \_ \_ - \_ \_ \_- \_ \_ \_

NÚMERO IMEI: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**RELOJ**

Si 

No 

Se le pone reloj?

Número de serie:

Fecha de entrega:

Fecha de recogida: