

Encuestador/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Fase 14-15 años**

**9. 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

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

**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

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

**REGISTRO TEST DE NEURODESARROLLO**

**INFORMACIÓN GENERAL**

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

Hora (24 hrs): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Hora/minutos)

**CONDICIONES TEST NEURODESARROLLO**

Clima:

1. Soleado
2. Sol / Nubes
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

**CUESTIONARIO DERMATOLÓGICO DE CALIDAD DE VIDA INFANTIL**

El objetivo de este cuestionario es medir cuánto te ha afectado tu problema de piel durante la última semana. Por favor, señala un recuadro en cada pregunta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Durante la semana pasada, ¿en qué medida has sentido picor, sensación de piel rasposa, escozor o dolor en tu piel? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
| 2. | Durante la semana pasada, ¿en qué medida te has sentido avergonzado o acomplejado, disgustado o triste a causa de tu piel? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
| 3. | Durante la semana pasada, ¿en qué medida han afectado tus problemas de piel a las relaciones con tus amigos? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
| 4. | Durante la semana pasada, ¿cuántas veces te has cambiado de ropa o llevado ropa/zapatos diferentes o especiales a causa de tu piel? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
| 5. | Durante la semana pasada, ¿en qué medida te ha afectado tu problema de piel para salir, jugar o realizar tus aficiones? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
| 6. | Durante la semana pasada, ¿en qué medida has evitado nadar o practicar otros deportes a causa de tu problema de piel? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
| 7. | La semana pasada, ¿Fue periodo escolar o… | Si fue periodo escolar: Durante la semana pasada, ¿cuánto afectó el problema de piel a tu trabajo escolar? | Te impidieron ir al colegioMuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
|  | …periodo de vacaciones? | Si fue periodo de vacaciones: Durante la semana pasada, ¿en qué medida te ha interferido el problema de piel para disfrutar de las vacaciones? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
| 8. | Durante la semana pasada, ¿en qué medida has tenido problemas con otras personas, a causa de tu piel, por meterse contigo, burlarse de ti, acosarte, hacerte preguntas o evitarte? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
| 9. | Durante la semana pasada, ¿en qué medida te ha afectado tu problema de piel para el sueño? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |
| 10. | Durante la semana, ¿en qué medida el tratamiento de tu piel te ha causado problemas? | MuchísimoBastanteSólo un pocoNada | □□□□ |