

Pre-evaluación Nutricional y de Control de Síntomas

Nombre y Apellido del paciente _____

Edad _____ **Género** _____ **Peso (kg)** _____ **Talla (m):** _____ **IMC(kg/m²)*** _____

Teléfono _____ **Obra Social** _____ **Fecha** _____

Dx Clínico _____ **Tipo de Tratamiento que recibe** _____

Doctor _____

Screening Nutricional

Responda el cuestionario escogiendo la opción adecuada para cada pregunta:

1.-¿Ha perdido peso de manera involuntaria recientemente?

- No= 0 puntos.
- No estoy seguro = 2 puntos.

Si ha perdido peso ¿ Cuántos kg?

- 1-5 kg = 1 punto
- 6- 10 kg. = 2 puntos.
- 11-15 Kg. = 3 puntos.
- > 15 kg. = 4 puntos.
- No estoy seguro. = 2 puntos.

Sub Total:_____

2.-¿Ha comido menos de lo normal a causa de disminución del apetito?

- No= 0 puntos.
- Sí= 1 punto.

Sub Total:_____

Sume los puntos subtotales para determinar el riesgo:

PUNTAJE TOTAL :_____

La nutrición del paciente oncológico es parte esencial en la valoración global desde el momento del diagnóstico.

*Para calcular el IMC divida el Kg/m²

Fórmula del IMC: $\frac{\text{Peso (kg)}}{(\text{Estatura} \times \text{estatura})}$

Evaluaciones y Acciones

Marque con una X la evaluación y acción correspondiente:

0 ó 1 punto: : Sin riesgo

Reevaluar a los 7 días.

2 ó 3 puntos: Riesgo medio

Evaluación nutricional completa a las 48-72 hrs. Intervención nutricional. Considerar derivación para soporte nutricional domiciliario.

4 ó 5 puntos. Riesgo alto.

Evaluación nutricional completa en 24 horas. Intervención nutricional. Considerar derivación para soporte nutricional domiciliario.

NOTA:_____

Firma del médico:_____

Matrícula:_____

Pre-evaluación Nutricional y de Control de Síntomas

Screening Control de Síntomas

Responda el cuestionario escogiendo la opción adecuada para cada pregunta

1.-Dolor

¿Presenta dolor?

Sí
 No

Si la respuesta es afirmativa, señale la intensidad:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin Dolor Poco Dolor Dolor Moderado Dolor Fuerte Dolor Muy Fuerte Dolor Extremo

LEVE MODERADO SEVERO

Leve de 1-3 = 1 punto.
 Moderado 4-6 = 3 puntos.
 Severo: 7-10 = 3 puntos..

Sub Total:_____

Dolor **moderado** a **severo**, requiere derivación a **cuidados paliativos**.

2.- Estado de Ánimo

¿Siente alteración del estado de ánimo por la enfermedad?

Sí
 No

De ser afirmativa la respuesta, indique la emoción:

Ansiedad = 1 punto.
 Tristeza = 3 puntos.
 Enojo = 3 puntos.
 Temor = 3 puntos..

Sub Total:_____

NOTA:_____

Firma del médico:_____

Matrícula:_____

3.-Estado Funcional (ECOG)

Valore la evolución de las capacidades del paciente en su vida diaria manteniendo al máximo su autonomía:

ECOG 0: **Asintomático**: completamente activo, capaz de realizar las actividades de la vida diaria = 0 puntos.

ECOG 1: **Sintomático**: completamente ambulatorio (*capaz de trabajar*, restricción en actividad física exigente) = 1 punto.

ECOG 2: **Sintomático**: ambulatorio, cuida de sí mismo, *imposibilitado para trabajar* = 2 puntos..

ECOG 3 : **Sintomático**: en cama la mitad del día, requiere ayuda para las actividades diarias, *imposibilitado para trabajar* = 3 puntos..

ECOG 4: No puede cuidar de sí mismo. Totalmente confinado a la cama o a una silla = 4 puntos.

Sub Total:_____

Sume los subtotales para determinar la acción correspondiente:

PUNTAJE TOTAL :_____

Evaluaciones y Acciones

Marque con una X la evaluación y acción correspondiente:

0-2 puntos: Riesgo Bajo

Repetir el screening de control de síntomas en el próximo control médico.

3 ó más puntos: Riesgo moderado a alto.

El paciente requiere control de síntomas domiciliarios. **Derive a cuidados paliativos**