

Instrucciones: esta lista de verificación está diseñada para brindarle conocimientos, además de afianzar la comunicación entre usted y su prestador de asistencia médica. Utilícela como una herramienta para determinar la presencia de síntomas de espasticidad, una de las afecciones más comunes luego de un ataque cerebrovascular.

Nombre _____

Fecha del ataque cerebrovascular _____

Nombre del médico _____

Teléfono del médico _____ Fecha de la cita _____

¿Tuvo debilidad muscular después del ataque cerebrovascular?

Sí No

Mencione todos los medicamentos que esté usando actualmente:

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA ESPASTICIDAD DESPUÉS DE UN ATAQUE CEREBROVASCULAR



1. ¿Tiene alguno de estos síntomas?

- Opresión en las extremidades
- Calambres/cólicos intensos
- Espasmos musculares (movimientos involuntarios)
- Deformación de los músculos y/o las extremidades

2. Si tiene espasmos musculares, señale el lugar y la intensidad del espasmo:

- Brazos Pies
- Piernas Otros
- Manos

Espasmos leves

Espasmos que comienzan a interferir en su vida diaria

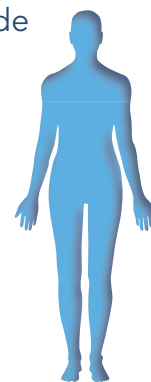
Espasmos que interfieren en su vida diaria

Espasmos que consumen su día

3. ¿Con qué frecuencia tiene dolor?

- NO tengo dolor
- A diario – Cantidad de veces al día _____
- Semanalmente – Cantidad de veces por semana _____
- Mensualmente – Cantidad de veces por mes _____

Si tiene dolor asociado al síntoma, señale el lugar y el nivel de dolor.



Escala de dolor

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Leve Intenso

4. Señale a continuación qué actividades diarias han sido afectadas a causa de los síntomas:

- Comer Caminar Otros
- Vestirse Dormir
- Ir al baño Bañarse