

Nombre: \_\_\_\_\_

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

## EVALUACIÓN DE LA MUÑECA CALIFICADA POR EL PACIENTE

Las siguientes preguntas nos ayudarán a comprender el grado de dificultad que ha tenido con su muñeca en la última semana. Irá describiendo un **promedio** de los síntomas de su muñeca **durante la última semana** en una escala de 0-10. Por favor responda **TODAS** las preguntas. Si Ud. no realizó una actividad, por favor **ESTIME** el dolor o la dificultad que le podría causar. Si **nunca** realizó la actividad, déjelo en blanco.

1. DOLOR											
Clasifique el <b>grado</b> de dolor que sintió en la muñeca durante la última semana con un círculo en el número que mejor describa su dolor en una escala de 0-10. <b>Cero (0)</b> significa que <b>no</b> tiene dolor y <b>diez (10)</b> que padeció <b>el dolor más extremo que ha experimentado o que no pudo realizar la actividad a causa del dolor.</b>											
CLASIFIQUE SU DOLOR: Escala de Muestra ▯											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin Dolor											Dolor Extremo
Al descansar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuando realiza una tarea con un movimiento de muñeca repetido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cuando levanta un objeto pesado	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Momento de mayor dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
¿Con qué frecuencia siente dolor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca											Siempre
2. ACTIVIDAD											
A. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS											
Califique el <b>grado de dificultad</b> que experimentó realizando cada una de las opciones que se enumeran a continuación, durante la última semana, con un círculo en el número que describa su dificultad en una escala de 0-10. <b>Cero (0)</b> significa que no ha experimentado ninguna dificultad y <b>diez (10)</b> significa que le resultó tan difícil que no pudo realizarla.											
Escala de Muestra ▯											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin Dificultad											Imposible de Realizar
Girar el picaporte de una puerta con la mano afectada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cortar carne con un cuchillo en la mano afectada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Abrochar los botones de una camisa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utilizar la mano afectada para levantarse de una silla	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cargar un objeto de aprox. 4kg. en la mano afectada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Utilizar papel higiénico con la mano afectada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
B. ACTIVIDADES COTIDIANAS											
Califique el <b>grado de dificultad</b> que experimentó realizando sus actividades <b>cotidianas</b> en cada una de las categorías que se enumeran a continuación, durante la última semana, con un círculo en el número que mejor describa su dificultad en una escala de 0-10. Por "actividades cotidianas" nos referimos a las actividades que realizaba <b>antes</b> de comenzar con los problemas de muñeca. <b>Cero (0)</b> significa que no ha experimentado ninguna dificultad y <b>diez (10)</b> significa que le resultó tan difícil que no pudo realizar ninguna de sus actividades cotidianas.											
Actividades de cuidado personal (vestirse, bañarse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajo doméstico (limpieza, mantenimiento)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trabajo (su empleo o trabajo diario cotidiano)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Actividades recreativas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10