



FORMULARIO DAS 28

Nombre del paciente:..... Nombre del observador:.....				
Fecha de nacimiento:..... Fecha:.....				
	Izquierda Tumefacción	Dolor	Derecha Tumefacción	Dolor
Hombro				
Codo				
Muñeca				
MCF	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
IFP	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Rodilla				
Subtotal				
Total	Tumefacción		Dolor	
No actividad de la enfermedad		Alta actividad de la enfermedad		
Tumefacción (0-28)				
Dolor (0-28)				
VHS (mm 1aH)				
EVA (0-100mm)				
DAS 28= 0,56 (t28) + (0,28*) (sw28)+ 0,70*Ln(ESR)+0,014*GH				

Calculo del DAS 28:

Puede utilizarse con o sin evaluación global y en acuerdo a ello contar con tres o cuatro ítems a volcar en dos formulas diferentes:

$$\text{DAS - 28 - 4 (4 variables)} = 0.56 (\sqrt{\text{N.A.D.-28}}) + 0.28 (\sqrt{\text{N.AT-28}}) + 0.70 (\text{In VSG}) + 0.014 (\text{E.G.P.})$$

$$\text{DAS - 28 - 3 (3 variables)} = 0.56 (\sqrt{\text{N.A.D. 28}}) + 0.28 (\sqrt{\text{NAT 28}}) + 0.70 (\text{In VSG}) + 1.08 + 0.16$$

El rango del DAS 28 va de 0 a 9.4.

Interpretación del DAS 28:

DAS 28 ≤ 3.2 = baja actividad.

DAS 28 > 3.2 - ≤ 5.1 = moderada actividad. DAS 28 >

5.1 = alta actividad.



OBRA SOCIAL DE OBREROS Y EMPACADORES DE FRUTA DE RÍO NEGRO Y NEUQUÉN

R.N.O.S. 1-0670-8

Manguella 130

(0299) 4782274

(8324) Cipolletti (R.N)

CUESTIONARIO HAQ

NOMBRE Y APELLIDO: FECHA:

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD

Con este cuestionario pretendemos saber de qué manera su enfermedad lo afecta para realizar ciertas actividades de la vida diaria. MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA

VESTIRSE Y ARREGLARSE	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
Vestirse solo(a), incluyendo atarse los cordones de los zapatos, Abotonarse y desabotonarse la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Lavarse el cabello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LEVANTARSE	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMER	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
¿Cortar la carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Levantar una taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abrir un cartón de leche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CAMINAR	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Puede usted:				
¿Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Subir 5 escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y Arreglarse, Levantarse, Comer, Caminar). Si no precisa ninguno, simplemente NO marque nada

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Cubiertos especiales o adaptados |
| <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Silla especial adaptada |
| <input type="checkbox"/> Elementos que use para vestirse (abrochador de botones, toma para cierres, calzador de zapatos de mango largo) | | |

POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada)

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vestirse y arreglarse | <input type="checkbox"/> Levantarse | <input type="checkbox"/> Comer | <input type="checkbox"/> Caminar |
|--|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|



OBRA SOCIAL DE OBREROS Y EMPACADORES DE FRUTA DE RÍO NEGRO Y NEUQUÉN

R.N.O.S. 1-0670-8

Menguella 130

(0299) 4782274

(8324) Cipolletti (R.N)

HIGIENE

Puede usted:

	Sin Dificultad	Con Algo de Dificultad	Con Mucha Dificultad	No Puedo Hacerlo
Lavarse y secarse su cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañarse en la bañera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse y levantarse del inodoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALCANZAR

Puede usted:

Alcanzar y bajar un objeto de 2 kilos (como 2 bolsas de azúcar) Desde una altura por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agacharse para levantar ropa del piso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AGARRAR

Puede usted:

Abrir las puertas de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos Previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrir y cerrar las canillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES

Puede usted:

Hacer mandados o ir de compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrar y salir de un auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer, o limpiar un patio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, Alcanzar, Agarrar [abrir objetos], Hacer tareas domésticas). Si no utiliza ninguno, simplemente NO marque nada

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asiento elevado de inodoro | <input type="checkbox"/> Barra en la bañera |
| <input type="checkbox"/> Asiento en la bañera | <input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos |
| <input type="checkbox"/> Abridor de frascos | <input type="checkbox"/> Adaptaciones con mango largo en el baño |
| <input type="checkbox"/> Otros (aclarar) | |

POR FAVOR MARQUE EN QUÉ ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA. (Si no precisa ayuda, simplemente NO marque nada)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Higiene | <input type="checkbox"/> Alcanzar objetos |
| <input type="checkbox"/> Agarrar y abrir cosas | <input type="checkbox"/> Mandados y tareas domésticas |

FIRMA Y SELLO

.....