



HOJA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Atención al consumidor excesivo de alcohol (Servicio 315-B)

Apellidos y nombre:

Nº Hª

CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL SERVICIO				
CONSUMO DE ALCOHOL:	<input type="checkbox"/> HOMBRE > 40 gr./día o 280 gr./semana (5 ó 35 unidades)			
	<input type="checkbox"/> MUJER > 24 gr./día o 168 gr/semana (3 ó 21 unidades)			
TEST DE CAGE:	<input type="checkbox"/> POSITIVO: 2 respuestas afirmativas (1 respuesta afirmativa ya supone riesgo alto)			
HISTORIA CLINICA				
DATOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS:				
Actividad laboral:	Nivel de estudios:			
Convivientes:	Antec Familiares alcoholismo:			
Accidentes tráfico, laborales, juicios:				
Hª DE CONSUMO DE ALCOHOL:				
Edad inicio consumo:	Edad 1ª Intoxicación:			
Edad primer problema en relación alcohol:	Patrón consumo <input type="checkbox"/> continuo <input type="checkbox"/> episódico			
Hora del día en que empieza a beber:	Bebe: <input type="checkbox"/> solo <input type="checkbox"/> acompañado <input type="checkbox"/> fuera de casa			
Bebida preferida:	Bebida que más bebe:			
Consumo últimos 6 meses (gr/día o gr/semana):	Periodos de abstinencia:			
Consumo de otras drogas:	Adicción al juego:			
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:				
<input type="checkbox"/> Hepatopatías	<input type="checkbox"/> Gastritis/úlceras gastroduodenal	<input type="checkbox"/> Esofagitis		
<input type="checkbox"/> Diarreas/malabsorción	<input type="checkbox"/> Pancreatitis	<input type="checkbox"/> Anemias		
<input type="checkbox"/> Traumatismos	<input type="checkbox"/> Cardiomiopatías	<input type="checkbox"/> Sd. Abstinencia/pituitas matutinas		
<input type="checkbox"/> Neuropatías	<input type="checkbox"/> Crisis convulsivas	<input type="checkbox"/> Delirium tremens		
<input type="checkbox"/> Impotencia/esterilidad	<input type="checkbox"/> Otras alteraciones SNC	<input type="checkbox"/> Trastornos psiquiátricos		
EXPLORACIÓN FISICA				
ESTADO GENERAL				
<input type="checkbox"/> Edema generalizado	<input type="checkbox"/> Desnutrición	<input type="checkbox"/> Inyección conjuntival	<input type="checkbox"/> Rubicundez	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Telangiectasias malares	<input type="checkbox"/> Ginecomastia	<input type="checkbox"/> Temblor fino	<input type="checkbox"/> Fetor etílico	
SISTEMA RESPIRATORIO				
<input type="checkbox"/> Roncus	<input type="checkbox"/> Sibilancias			
SISTEMA CARDIOVASCULAR				
<input type="checkbox"/> HTA	<input type="checkbox"/> Arritmias	<input type="checkbox"/> Signos Insuficiencia cardiaca		
SISTEMA DIGESTIVO				
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Vómitos matutinos	<input type="checkbox"/> Diarreas	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Esplenomegalia
<input type="checkbox"/> Hepatomegalia blanda y dolorosa	<input type="checkbox"/> Ascitis			
PIEL Y FANERAS				
<input type="checkbox"/> Atrofia cutánea	<input type="checkbox"/> Arañas vasculares	<input type="checkbox"/> Varices		
SISTEMA NERVIOSO				
<input type="checkbox"/> Temblor fino lengua, extremidades	<input type="checkbox"/> Déficit sens-motor bilateral simétrico	<input type="checkbox"/> Parestesias		
<input type="checkbox"/> Insomnio	<input type="checkbox"/> Disminución ag visual	<input type="checkbox"/> Alt memoria y concentración		
<input type="checkbox"/> Amnesia temporal	<input type="checkbox"/> Celotipia	<input type="checkbox"/> Irritabilidad	<input type="checkbox"/> Explosividad	
<input type="checkbox"/> Distimias	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Intentos suicidio		
SISTEMA OSTEOMUSCULAR				
<input type="checkbox"/> Pérdida de fuerza	<input type="checkbox"/> Mialgias a la palpación			
SIST. GENITOURINARIO				
<input type="checkbox"/> Distribución femenina del vello	<input type="checkbox"/> Ginecomastia	<input type="checkbox"/> Impotencia	<input type="checkbox"/> Frigidez	<input type="checkbox"/> Amenorrea

