

Cuestionario Rivermead de Síntomas Post-Convulsión Cerebral*

Nombre _____ Fecha de Accidente _____ Fecha de Hoy _____

Después de una lesión en la cabeza o un accidente algunas personas pueden tener síntomas que pueden causar preocupación o molestia. Quisiéramos saber si usted tiene alguno de los síntomas siguientes. Debido a que muchos de esos síntomas ocurren normalmente, queremos compararlo a usted antes y después del accidente. Por favor señale el número que corresponde.

- 0 = No lo he experimentado
- 1 = Igual ahora que antes del accidente
- 2 = Es un problema leve desde el accidente
- 3 = Es un problema moderado desde el accidente
- 4 = Es un problema severo desde el accidente

Comparado con antes del accidente, usted ahora (ej. Durante las últimas 24 horas) sufre de:

Dolores de Cabeza	0	1	2	3	4
Mareos	0	1	2	3	4
Náusea y/o vómito	0	1	2	3	4
Sensibilidad al sonido, o le molesta el ruido fuerte	0	1	2	3	4
Alteración del sueño	0	1	2	3	4
Fatiga	0	1	2	3	4
Estar irritable, se enoja con facilidad	0	1	2	3	4
Se siente deprimido o lloroso	0	1	2	3	4
Se siente frustrado o impaciente	0	1	2	3	4
Olvido, mala memoria	0	1	2	3	4
Mala concentración	0	1	2	3	4
Me toma más tiempo pensar	0	1	2	3	4
Visión borrosa	0	1	2	3	4
Sensibilidad a la luz	0	1	2	3	4
Visión doble	0	1	2	3	4
Inquietud	0	1	2	3	4

Está experimentando alguna otra dificultad?
Por favor especifique, y ponga el número que corresponde.

1. _____ 0 1 2 3 4
2. _____ 0 1 2 3 4

*King, N, Crawford S., Wenden F., Moss, N., and Wade, D. (1995) J. Neurology 242: 587-592