



ACTIVACIÓ CODI ICTUS

NOM I COGNOMS _____

CIP _____ TELÈFON CONTACTE _____

RAPID +

RANCOM –
(pacient independent si tenia mobilitat, podia anar al bany i podia vestir-se sense ajuda)

DIA INICI DELS SÍMPTOMES __ - __ - ____

HORA INICI DELS SÍMPTOMES __ : __ h

Si l'inici de l'ictus no és presenciat per ningú o és al despertar, última hora vist bé: __ : __ h

PREN ANTICOAGULANTS? (Sintrom o nous anticoagulants)

SI

NO

TA ___ / ___

Glucèmia ___

FC ___

ESCALA RACE (Omplir la columna corresponent a l'hemicòs afectat del pacient)

PARÈSIA HEMICÒS ESQUERRE		PARÈSIA HEMICÒS DRET / AFÀSIA	
Parèsia facial esquerra:		Parèsia facial dreta:	
Absent	0	Absent	0
Lleugera	1	Lleugera	1
Moderada/Severa	2	Moderada/Severa	2
Parèsia del braç esquerra:		Parèsia del braç dret:	
Absent/Lleugera	0	Absent/Lleugera	0
Moderada	1	Moderada	1
Severa	2	Severa	2
Parèsia de la cama esquerra:		Parèsia de la cama dreta:	
Absent/Lleugera	0	Absent/Lleugera	0
Moderada	1	Moderada	1
Severa	2	Severa	2
Desviació oculo-cefàlica a la dreta		Desviació oculo-cefàlica a l'esq.	
Absent	0	Absent	0
Present	1	Present	1
Agnòsia		Afàsia	
Absent	0	Obeeix 2 ordres	0
Asomatognòsia o anosognòsia	1	Obeeix 1 ordre	1
Asomatognòsia i anosognòsia	2	No obeeix cap ordre	2
TOTAL		TOTAL	