

Protocolo:	Examen neurológico para lactantes de Hammersmith (Sección 2)	
Fecha de la visita: (dd-mmm-aaaa)	N.º de identificación del paciente:	Día de visita del estudio:

Para ser completado por el personal del estudio

EXAMEN NEUROLÓGICO PARA LACTANTES DE HAMMERSMITH (SECCIÓN 2)

Consulte el protocolo para determinar cuándo se debe realizar el examen neurológico para lactantes de Hammersmith (Hammersmith Infant Neurological Examination, HINE) (sección 2).











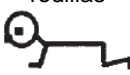
¿Se realizó la evaluación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es no, especifique el motivo:	<input type="checkbox"/> Omitido por error <input type="checkbox"/> Restricciones en el tiempo de programación de visitas <input type="checkbox"/> Falta de cumplimiento o rechazo del sujeto <input type="checkbox"/> Otra
Si la respuesta es "Otra", especificar: _____	
Fecha de la evaluación:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D D M M M A A A A
Momento del examen:	Hora (HH:MM): _____ : _____ Formato de 24 horas (00:00 a 23:59)
¿Antes de la dosis o después de la dosis?	<input type="checkbox"/> Antes de la dosis <input type="checkbox"/> Después de la dosis
Evaluador del examen:	Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____

HINE SECCIÓN 2: HITOS DE DESARROLLO MOTOR

Estas hojas de trabajo del documento fuente se proporcionan como una herramienta para uso y adaptación por parte del centro del estudio. Estas hojas de trabajo NO reemplazan el protocolo. El protocolo debe ser siempre su primer punto de referencia; consulte el protocolo para conocer el itinerario de eventos completo y los detalles sobre los momentos de administración de la prueba, etc.

Protocolo:	Examen neurológico para lactantes de Hammersmith (Sección 2)	
Fecha de la visita: (dd-mmm-aaaa)	N.º de identificación del paciente:	Día de visita del estudio:

Para ser completado por el personal del estudio

Control de la cabeza	incapaz de mantener la cabeza en posición vertical	bambolea la cabeza	todo el tiempo la mantiene en posición vertical			Observado: Informado (edad):
Sedestación	no puede sentarse	se sienta con sostén de caderas 	se sostiene 	sedestación estable 	gira (rota) 	Observado: Informado (edad):
Agarre voluntario	no agarra	usa la mano entera	dedo índice y pulgar pero agarre inmaduro	agarre como pinza		Observado: Informado (edad):
Capacidad de patear (en decúbito supino)	no patea	patea horizontalmente; no levanta las piernas	hacia arriba (en forma vertical) 	toca la pierna 	toca los dedos de los pies 	Observado: Informado (edad):
Giro	no gira	gira hacia el costado	decúbito prono a decúbito supino	decúbito supino a decúbito prono		Observado: Informado (edad):
Gateo	no levanta la cabeza	sobre codos 	sobre mano extendida 	gateo sobre el abdomen 	gateo sobre manos y rodillas 	Observado: Informado (edad):
Bipedestación	no soporta el peso	soporta el peso	se para con apoyo	se para sin ayuda		Observado: Informado (edad):
Marcha	no camina	con rebotes	desplazamiento con apoyo (camina sosteniéndose)	camina de manera independiente		Observado: Informado (edad):

NOTAS DE PROGRESO

Estas hojas de trabajo del documento fuente se proporcionan como una herramienta para uso y adaptación por parte del centro del estudio. Estas hojas de trabajo NO reemplazan el protocolo. El protocolo debe ser siempre su primer punto de referencia; consulte el protocolo para conocer el itinerario de eventos completo y los detalles sobre los momentos de administración de la prueba, etc.

