

Lista de revisión de neurotoxicidad

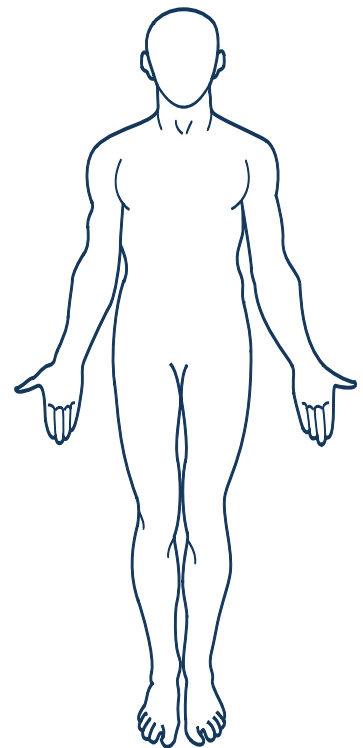
Paciente _____

Fecha de hoy _____ Fecha del último tratamiento _____

Desde su último tratamiento...	No	Un poco	Bastante	Mucho
¿Tuvo alguna nueva dificultad para abotonarse/desabotonarse la camisa o ponerse joyas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha tropezado o caído debido a una sensación rara o por pérdida de sensibilidad en los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo dificultad para recoger objetos pequeños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sintió hormigueo (sensación eléctrica) o alguna otra sensación inusual en la punta de los dedos de las manos o los pies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo dificultad para desplazarse entre los muebles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Notó que tiene mayor sensibilidad al frío?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Presenta hoy alguno de estos síntomas?

¿Le preocupa o entristece no poder hacer cosas que le producen placer?



Sombree la(s) parte(s) del cuerpo donde haya tenido molestias, sensaciones inusuales u otros cambios.