



Nombre y apellidos: .....

..... Nº Historia: .....

CIP:

Fecha de nacimiento: .....

Solicitud de consulta de alta resolución para el síndrome del túnel carpiano

Datos del médico peticionario

Facultativo: ..... C.I.A.S.: .....  
E.A.P. : ..... Fecha de petición: .....

Citación

Fecha de consulta: ..... hora: ..... en la Unidad de Neuromuscular del Edificio de Consultas Externas (2ª planta). Hospital Virgen del Puerto

banda adhesiva

Clínica y justificación (justificación del tipo de estudio, hallazgos, sospecha clínica...)

Manifestaciones clínicas		derecha	izquierda		
Dolor o parestias en territorio de inervación del nervio mediano	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
Dolor en muñeca irradiado a antebrazo o codo	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
Predominio nocturno que incluso puede llegar a despertar	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
Alivio "sacudiendo" o "frotándose las manos"	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
Debilidad o evidencia de pérdida de masa muscular en eminencia tenar	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	
Patología intercurrente (especificar)					
Actividades con movimientos repetitivos de manos y muñecas	.....				
Patología intercurrente o sistémica (DM, hipotiroidismo, IRC ...)	.....				
Signos	derecha	izquierda	Analítica	normal	alterada
Signo de Flick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bioquímica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signo de Phalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemograma y V.S.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signo de Tinel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T.S.H.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamiento					
Justificación					

Copia para la historia clínica hospitalaria

Fdo. ....

banda adhesiva



Nombre y apellidos: .....

Nº Historia: .....

CIP:

Fecha de nacimiento: .....

Solicitud de consulta de alta resolución en la atención del síndrome del túnel carpiano

Datos del médico peticionario

Facultativo: ..... C.I.A.S.: .....

E.A.P. : ..... Fecha de petición: .....

Citación

Fecha de consulta: ..... hora: ..... en la Unidad de Neuromuscular del Edificio de Consultas Externas (2ª planta). Hospital Virgen del Puerto

Clínica y justificación (justificación del tipo de estudio, hallazgos, sospecha clínica...)

Manifestaciones clínicas	derecha	izquierda
<i>Dolor o parestias en territorio de inervación del nervio mediano</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dolor en muñeca irradiado a antebrazo o codo</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Predominio nocturno que incluso puede llegar a despertar</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Alivio "sacudiendo" o "frotándose las manos"</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Debilidad o evidencia de pérdida de masa muscular en eminencia tenar</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patología intercurrente (especificar)  
*Actividades con movimientos repetitivos de manos y muñecas* .....  
*Patología intercurrente o sistémica (DM, hipotiroidismo, IRC ...)* .....

Signos	derecha	izquierda	Analítica	normal	alterada
<i>Signo de Flick</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Bioquímica</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Signo de Phalen</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Hemograma y V.S.G.</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Signo de Tinel</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>T.S.H.</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamiento

Justificación

Copia para la historia clínica del E.A.P.

Fdo. ....



Nombre y apellidos: .....

..... Nº Historia: .....

CIP:

Fecha de nacimiento: .....

Solicitud de consulta de alta resolución en la atención del síndrome del túnel carpiano

Datos del médico peticionario

Facultativo: ..... C.I.A.S.: .....

E.A.P. : ..... Fecha de petición: .....

Citación

Fecha de consulta: ..... hora: ..... en la Unidad de Neuromuscular del Edificio de Consultas Externas (2ª planta). Hospital Virgen del Puerto

Clínica y justificación (justificación del tipo de estudio, hallazgos, sospecha clínica...)

Manifestaciones clínicas	derecha	izquierda
<i>Dolor o parestias en territorio de inervación del nervio mediano</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Dolor en muñeca irradiado a antebrazo o codo</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Predominio nocturno que incluso puede llegar a despertar</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Alivio "sacudiendo" o "frotándose las manos"</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Debilidad o evidencia de pérdida de masa muscular en eminencia tenar</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patología intercurrente (especificar)  
*Actividades con movimientos repetitivos de manos y muñecas* .....

*Patología intercurrente o sistémica (DM, hipotiroidismo, IRC ...)* .....

Signos	derecha	izquierda	Analítica	normal	alterada
<i>Signo de Flick</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Bioquímica</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Signo de Phalen</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Hemograma y V.S.G.</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Signo de Tinel</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>T.S.H.</i> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tratamiento

Justificación

Copia para el paciente

Fdo. ....

## Consulta de alta resolución en la atención del síndrome del túnel carpiano

### Información al paciente

¿Se le realizará algún tipo de prueba?

Posiblemente le sea realizado un estudio de ENG/EMG (electroneurografía/electromiografía). Se trata de una técnica sencilla y segura que sirve para detectar lesiones de los nervios.

¿Cómo se realiza?

Consiste en colocar unos electrodos sobre la piel y dar pequeños estímulos de corriente

¿Existe algún riesgo?

La electromiografía no comporta riesgos para su salud. Puede reanudar de manera inmediata sus actividades habituales tras la realización de la misma. El material utilizado es estéril y distinto en cada paciente.

¿Es dolorosa?

En algunas ocasiones resulta molesta pero no llega a ser dolorosa. La mayoría de los pacientes tolera bien esta prueba.

¿Qué preparación requiere la prueba?

El día que acuda a realizarla deberá tener la piel limpia. No deberá utilizar lociones o crema. No es necesario acudir en ayunas.

¿Tengo que comunicar algo importante antes de realizarla?

No existen contraindicaciones absolutas para este estudio. Debe aportar su medicación habitual e informar al médico que realiza la prueba en caso de que sufra alergia al esparadrapo o al látex.

¿Dónde se encuentra la consulta ?

Unidad neuromuscular, 2ª planta. Edificio de consultas externas del hospital Virgen del Puerto.

Por favor, sea puntual. Estos estudios precisan de un tiempo mínimo para cada paciente. Un retraso puede ocasionar que no se le pueda realizar la prueba.