

HELP (HyperEmesis Level Prediction) SCORE

Nombre: _____ Fecha: _____ Edad Gestacional: _____ Resultado: _____

Peso de HOY: _____ Peso de la SEMANA PASADA: _____ Cambio: _____ % Resultado Anterior: _____

Medicación: Ondansetron Granisetron Diclegis Promethazine Metoclopramide _____

Elige UNA casilla de CADA FILA que describa con mas precision su experiencia de los últimos: ____ días.

Mi nivel de nausea la mayoridad del tiempo:	0	1 (Leve)	2	3 (Moderado)	4	5 (Severo)
Vomito ____ veces cada día:	0	1-2	3-5	6-8	9-12	13 o mas
Tengo arcadas ____ veces cada día:	0	1-2	3-5	6-8	9-12	13 o mas
Orino:	El mismo	Menos a menudo	Menos, pero el color es normal	Una vez cada 8 horas, El color es poquito mas oscuro	Menos frecuente que cada 8 horas, el color es mas oscuro	Con poca frecuencia, oscuro, tiene sangre, huele mal
La severidad de nausea/vomito 1 hora después de medicamentos O después de comida/bebida si no estas tomando medicamentos:	0	1 (Leve)	2	3 (Moderado)	4	5 (Severo)
Numero de horas que no puedo trabajar en mi trabajo y/o en la casa por culpa de estar enferma:	0	1-2 (poquito menos horas)	3-4 (trabajo medio tiempo)	5-7 (solo puedo trabajar un poquito)	8-10 (no puedo cuidar mi familia)	11+ (no puedo cuidar mi mismo)
He estado tratando con la nausea, vomitos, y arcadas:	Normalmente	Cansada pero de buen humor	Poco menos que normal	Es tolerable pero dificil	De mal humor, emocional, es dificil	Irritable, deprimida
Cantidad que he podido comer/beber y no vomitar: Botella de agua mediana/vaso grande = 2 tazas/500mL.	El mismo	3 comidas diarias y 6+ tazas de liquido	2 comidas diarias y alguno liquido	1 comida y poquito liquido o solo comida/ solo bebida	Muy poco, <1 comida y liquido minimal; necesito fluidos por las venas frecuentamente	No puedo comer nada; IV/ TPN diaria
No vomite mi remedio o medicamento:	No tomo medicamentos	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca/ IV/SQ (bomba subcutanea)
Mis sintomas comparada a la semana pasada:	Excelente	Mejor	El mismo	Peor	Mucho peor	Muchisimo peor!!!
Peso perdido* durante los 7 días anteriores:	0%	1%	2%	3%	4%	5%
Numero de recetas para nausea y vomitos:	0	1	2	3	4	5+
Puntos por respuesta	0	1	2	3	4	5
RESULTADO de cada columna = (# respuestas de cada columna) x (# puntos para cada respuesta)	0	_____	_____	_____	_____	_____
RESULTADO de TODOS columnas:	_____ Nada/Leve ≤ 19		_____ Moderado 20-32		_____ Severo 33-60	

© 2016 HER Foundation. All Rights Reserved.

*Peso perdido % = (Cantidad de peso perdido ÷ peso de antes del embarazo) x 100



www.hyperemesis.org
info@hyperemesis.org

Support:
GetHelpNow@HelpHER.org

HER Foundation
10117 SE Sunnyside Road F8
Clackamas, OR 97015 USA

Reprints:
www.hyperemesis.org/tools