

# 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  \_\_\_\_\_

Elija UNA opción en CADA RENGLÓN que describa con precisión su experiencia de los últimos: \_\_\_\_ días.

Mi nivel de náusea la mayoría del tiempo:	0	1 (Leve)	2	3 (Moderado)	4	5 (Severo)
Vomito un promedio de ____ veces al día:	0	1-2	3-5	6-8	9-12	13 o más
Tengo arcadas ____ veces al día:	0	1-2	3-5	6-8	9-12	13 o más
Estoy orinando:	Lo mismo	Más frecuente, líquidos intravenosos; color claro o oscuro	Un poco menos a menudo con color normal	Una vez cada 8 horas; la orina es amarillo oscuro	Menos frecuente que cada 8 horas o orina oscura	Con poca frecuencia, orina oscura, con sangre; huele mal
La severidad de náusea/vómito 1 hora después de medicamentos O después de comida/bebida si no está tomando medicamentos:	0 o No medicamentos	1 (Leve)	2	3 (Moderado)	4	5 (Severo)
El promedio de horas de las cuales no puedo trabajar adecuadamente en mi trabajo y/o en mi hogar debido a esta enfermedad:	0	1-2 (horas son un poco menos)	3-4 (trabajo medio tiempo)	5-7 (solo puedo trabajar un poquito)	8-10 (no puedo cuidar a mi familia)	11+ (no me puedo cuidar a mi mismo)
He estado lidiando con la náusea, vómitos, y arcadas:	Normalmente	Cansada pero de buen humor	Poco menos que normal	Es tolerable pero difícil	Batallando: de mal humor, emocional	Mal: irritable, deprimida
Cantidad que he podido comer/beber y no vomitar: Botella de agua mediana/ vaso grande = 2 tazas/500mL.	Lo mismo; no pérdida de peso	Un total de más o menos 3 comidas y 6+ tazas de líquido	Un total de más o menos 2 comidas y algo de líquido	1 comida y pocas tazas de líquido; solo líquido o solo comida	Muy poco, <1 comida/líquidos mínimos; frecuente líquidos intravenosos	Nada se baja o queda asentado, o líquidos intravenosos, nutrición parenteral, tubo nasogástrico diario
Pude retener mis medicamentos anti-náusea/vómito/son tolerados	No tomo medicamentos	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca/líquidos intravenosos/ inyección subcutánea(bomba subcutánea)
Mis síntomas comparados a la semana pasada:	Excelente	Mejor	Lo mismo	Peor	Mucho peor	Muchísimo peor!!!
Peso perdido en los últimos 7 días: __%	0%	1%	2%	3%	4%	5%
Cantidad de recetas médicas para náuseas y vómitos*	0	1	2	3	4	5+
Puntos por respuesta	0	1	2	3	4	5
RESULTADO de cada columna = (# de respuestas en cada columna) x (# de puntos por cada respuesta)	0	_____	_____	_____	_____	_____
RESULTADO de TODAS las columnas:	Nada/Leve ≤ 19		Moderado 20-32		Severo 33-60	

© 2016 Kimber W. MacGibbon, RN

% Peso perdido = (Peso perdido / Peso antes del embarazo) x 100  
(Calculacion de peso es opcional para uso en casa)

\*Cantidad de recetas médicas = cantidad de medicamentos (no dosis)



**HER**  
Foundation  
The Global Voice of HG

www.HelpHER.org  
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