



Valoración podológica del paciente diabético

Nombre: _____

Nº Expediente: _____

Califique: 0 = Alteración ausente; 1= Alteración moderada; 2= Alteración severa.

Fecha: _____

PIE DERECHO		PIE IZQUIERDO	
EXAMEN DERMATOLÓGICO			
Hiperqueratosis		Hiperqueratosis	
a) Plantar	Calif. _____	a) Plantar	Calif. _____
b) Dorsal	Calif. _____	b) Dorsal	Calif. _____
c) Talar	Calif. _____	c) Talar	Calif. _____
<i>Subtotal</i>		<i>Subtotal</i>	
Alteraciones ungueales		Alteraciones ungueales	
d) Onicocriptosis	Calif. _____	d) Onicocriptosis	Calif. _____
e) Onicomiosis	Calif. _____	e) Onicomiosis	Calif. _____
f) Onicogriposis	Calif. _____	f) Onicogriposis	Calif. _____
<i>Subtotal</i>		<i>Subtotal</i>	
Otras localizadas		Otras localizadas	
g) Bullosis	Calif. _____	g) Bullosis	Calif. _____
h) Úlcera	Calif. _____	h) Úlcera	Calif. _____
i) Necrosis	Calif. _____	i) Necrosis	Calif. _____
j) Grietas y fisuras	Calif. _____	j) Grietas y fisuras	Calif. _____
k) Lesión superficial	Calif. _____	k) Lesión superficial	Calif. _____
l) Otras difusas:	Calif. _____	l) Otras difusas:	Calif. _____
Anhidrosis	Calif. _____	Anhidrosis	Calif. _____
Tiñas	Calif. _____	Tiñas	Calif. _____
Proceso infeccioso	Calif. _____	Proceso infeccioso	Calif. _____
<i>Subtotal</i>		<i>Subtotal</i>	

PIE DERECHO		PIE IZQUIERDO	
EXAMEN ESTRUCTURA ÓSEA			
Deformidades oseas		Deformidades oseas	
a) Dedos en garra	Calif. _____	a) Dedos en garra	Calif. _____
b) Halux valgus	Calif. _____	b) Halux valgus	Calif. _____
c) Dedos en martillo	Calif. _____	c) Dedos en martillo	Calif. _____
d) Infraducto	Calif. _____	d) Infraducto	Calif. _____
e) Supraducto	Calif. _____	e) Supraducto	Calif. _____
f) Hipercargas bajo metatarsianos	Calif. _____	f) Hipercargas bajo metatarsianos	Calif. _____
g) Pie de Charcot	Calif. _____	g) Pie de Charcot	Calif. _____
<i>Subtotal</i>		<i>Subtotal</i>	

EXAMEN VASCULAR	
Sistema arterial	Calif.
Pulso pedio	_____
Llenado capilar	_____
<i>Subtotal</i>	
Sistema venoso	Calif.
Varices	_____
Edema	_____
<i>Subtotal</i>	

EXAMEN NEUROLÓGICO	
Sistema perceptual	Calif.
Sensibilidad táctil	_____
Sensibilidad vibratoria	_____
<i>Subtotal</i>	
Sistema motor	Calif.
Reflejo rotuliano	_____
Dorsiflexión del pie	_____
Apertura ortejos en abanico	_____
<i>Subtotal</i>	

Calificación total	Calificación total
---------------------------	---------------------------

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO
