

cuestionario de pérdida de cabello

Nombre del: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino La

pérdida de cabello generalmente cae en una de las siguientes categorías. Si experimenta **pérdida de cabello en parches**, PASE a la Parte II en la página 4. Si experimenta **difusa (en un área amplia) desprendimiento o adelgazamiento difuso o derramamiento difuso**, complete la Parte I.

El se define como tener un número excesivo de cabellos que se caen diariamente. (Por favor complete la Parte 1).

El adelgazamiento difuso se define como tener menos cabello para cubrir el cuero cabelludo, con o sin exceso de cabello perdido cada día (complete la Parte 1).

La pérdida irregular se define como tener áreas redondas o irregulares de pérdida total de cabello, cuero cabelludo u otro cabello, excepto la calvicie de patrón masculino.

PARTE 1. DERRIBO DIFUSO O DILUCIÓN DIFUSO

1. ¿Siente que ha estado arrojando una cantidad excesiva de pelos? (en la ducha, la bañera, en el mostrador o en la almohada)? Sí o no
2. ¿Siente que su cabello del cuero cabelludo se está adelgazando lentamente por la parte superior sin perder una excesiva cantidad de cabello diariamente? Sí o No
3. De los dos eventos, ¿cuál fue la primera cosa que notó? Derramando o adelgazamiento
4. Son sus pelos (marque con un círculo todas las respuestas que correspondan)
 - a) ruptura
 - b) que sale con la raíz adjunta (blanco "club" de la raíz al final)
5. Aproximadamente cuánto tiempo ¿Ha notado adelgazamiento o desprendimiento?
_____ años _____ meses
6. ¿Su pérdida de cabello (encierre en un círculo todos los que correspondan)
 - a) Difusamente (en todo el cuero cabelludo)?
 - b) ¿Es más notable la parte superior de tu cuero cabelludo?
7. ¿Estás perdiendo cabello en otras áreas además de tu cuero cabelludo? Sí o no

8. ¿Hay antecedentes familiares de hombres con calvicie de patrón? Sí o no
¿Hay antecedentes familiares de mujeres con adelgazamiento en la parte superior del cuero cabelludo? Sí o no

(en las preguntas anteriores, incluya abuelos, padres, hermanos, hijos, tíos y tías)

9. Indique qué come en un día promedio. Incluye desayuno, almuerzo y cena. Estamos particularmente interesados en su ingesta de proteínas.

Desayuno: _____

Almuerzo: _____

Cena: _____

10. Historial médico pasado. Especifique si ha tenido una enfermedad reciente, cirugía, fiebre, parto o ha estado bajo un estrés psicológico inusual. Incluya fechas que comienzan con la más reciente.

11. Enumere todos los medicamentos que está actualmente tomando o estaba tomando seis meses antes de comenzar su pérdida de cabello. Incluya todos los medicamentos recetados, aspirina, Tylenol, Advil, vitaminas, hormonas (naturales y sintéticas), píldoras anticonceptivas, medicamentos herbales y naturopáticos. Asegúrese de especificar la dosis que está tomando. Si está tomando vitamina A, incluya la cantidad de unidades que toma cada día. Indique cuándo se inició cada medicamento.

-
12. ¿Has estado en una dieta para bajar de peso en los últimos seis meses? Si es así, ¿cuánto peso ha perdido y qué tipo de dieta seguía? _____

13. ¿Tiene antecedentes de enfermedad de la tiroides o alguna vez ha tomado medicamentos para una tiroides con exceso o falta de actividad? Sí o No

14. ¿Alguna vez ha tenido deficiencia de hierro o anemia? Sí o No

15. Si su cabello se ha roto, responda las siguientes preguntas:

a) con qué frecuencia se lava el cabello con el shampoo _____
peinar Agita su cabello

b) Se seca o usa un cepillo para Sí o No

c) ¿permanentemente? ¿el color y / o el color tratan tu cabello? Si es así, ¿con qué frecuencia?

d) si usted es afroamericano, ¿se relaja, se peina o se presiona el cabello? Si es así, ¿con qué frecuencia?

16. **PARA MUJERES:**

a) ¿Está usando actualmente píldoras anticonceptivas, Depo-Provera o Norplant? En caso afirmativo, indique la marca, la dosis y la fecha de inicio:

b) ¿ha dejado de usar píldoras anticonceptivas, Depo-provera o Norplant durante el año pasado? En caso afirmativo, indique la fecha de finalización:

c) ¿menstrúa? Si es así, describa la duración y el flujo. ¿Es regular? _____

d) ¿Cuál es su historial de embarazo: _____

e) tiene pelos excesivos en la barbilla, la cara y el pecho, alrededor de los pezones, las piernas o el abdomen (marque todos los que correspondan)

f) ¿Tiene acné? , piel grasa o caspa? (marque todos los que correspondan)

g) ¿Es posmenopáusica? Si es así, ¿a qué edad? _____ Normal o quirúrgico

h) ¿está en reemplazo de estrógenos? ____ en caso afirmativo, a qué edad _____ ¿Por cuánto tiempo y cuánto

i) también está en reemplazo de progesterona? ____ Si es así, ¿por cuánto tiempo y qué dosis _____ sometido a

j) ¿Se ha una histerectomía? _____ Si es así, indique la fecha _____ en que le extirparon los ovarios? Sí o no

PARTE II. PÉRDIDA DE CABELLO EN PARCHES

Hay varios tipos de pérdida de cabello que ocurren en parches redondos o extensos irregulares, generalmente en el cuero cabelludo. Las respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a aprender más sobre su tipo de pérdida de cabello.

- 1) ¿Cuál es su grupo étnico o racial? _____ ¿
- 2) Edad de inicio? (¿Cuándo se notó el primer parche?) _____
- 3) Duración de la pérdida de cabello _____ ¿
- 4) de Duración del episodio actual? _____
- 5) Número de episodios de pérdida de cabello, suponiendo que su cabello vuelva a crecer completamente entre cada episodio

- 6) ¿Qué métodos de tratamiento ha tenido y cómo respondió su pérdida de cabello? _____

- 7) ¿Cuál es la pérdida de cabello más extensa que haya experimentado? _____

- 8) ¿Se está perdiendo activamente el cabello en la actualidad?

- 9) ¿Qué sitios del cuerpo están afectados por la pérdida de cabello? ¿Cuero cabelludo solo, cejas, pestañas, púbico, axilar, extremidades, barba en hombres? (Encierra en un círculo todo lo que corresponda)
- 10) ¿Son normales tus uñas?
- 11) ¿Tiene alguna erupción cutánea inusual? _____
- 12) ¿Tiene antecedentes familiares de asma, eccema o fiebre del heno?

- 13) ¿Tiene antecedentes familiares de pérdida de cabello en parches?

- 14) ¿Tiene alguna enfermedad autoinmune como vitiligo (pérdida de pigmento), enfermedad de la tiroides, lupus, artritis reumatoide, esclerodermia (endurecimiento de la piel) o diabetes insulino dependiente (marque todas las opciones que correspondan)
- 15) ¿Tiene alguna idea de lo que desencadena los episodios de pérdida de cabello, como el estrés, infecciones, etc?

- 16) ¿Qué medicamentos se le llevaron cuando comenzó la caída del cabello?

- 17) cualquier variación estacional? _____
- 18) ¿Experimenta picazón u hormigueo en el cuero cabelludo cuando la pérdida del cabello está activo? ____
- _____
- 19) es ¿Hay descamación, enrojecimiento, pústulas (granos de pus) o aspereza asociada con las áreas de pérdida de cabello?
- _____

Gracias por completar el cuestionario anterior. Sus respuestas serán útiles durante su visita de hoy. Si tiene información adicional sobre su pérdida de cabello que le gustaría incluir en este cuestionario, utilice el espacio a continuación para comentarios.

Adoptado de Janet L Roberts, MD, Phoebe Rich, MD, y Patricia Norris, MD