



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE ALZHEIMER

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____
2	<b>ESCOLARIDADE (EM ANOS COMPLETOS DE ESTUDO):</b> _____
3	<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b> Data do diagnóstico: ____/____/_____ Início insidioso? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
4	<b>DÉFICIT COGNITIVO <u>MAIS PROEMINENTE E INICIAL:</u></b>  <input type="checkbox"/> Apresentação amnésica (prejuízo no aprendizado e na evocação de informações recentemente aprendidas).  <b><u>E/OU</u></b>  <input type="checkbox"/> Apresentação não amnésica (prejuízos na linguagem, habilidades visuo-espaciais ou função executiva).
5	<b>CLARA HISTÓRIA DE PERDA COGNITIVA?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Descrever: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
6	<b>O DECLÍNIO COGNITIVO VEM PIORANDO PROGRESSIVAMENTE?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
7	<b>HOVE DECLÍNIO FUNCIONAL APÓS O INÍCIO DOS SINTOMAS COGNITIVOS?</b> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Descrever: _____ _____ _____ _____ _____ _____



8	<b>USO DE MEDICAMENTOS (DETALHAR TODOS OS MEDICAMENTOS EM USO, INCLUSIVE OS ANTICOLINESTERÁSICOS):</b>          																											
9	<b>INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ABAIXO:</b>  <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca grave <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca não controlada <input type="checkbox"/> Etilismo recente <input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave <input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave <input type="checkbox"/> Demência por corpos de Lewy <input type="checkbox"/> Demência frontotemporal <input type="checkbox"/> História de AVC. (Data: __/__/____) <input type="checkbox"/> Demência associada à doença de Parkinson <input type="checkbox"/> Outros: _____																											
10	<b>CRITÉRIOS DE DEPRESSÃO SEGUNDO DSM-V:</b>  <table border="1"><tr><td>Interesse ou prazer acentuadamente diminuído</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Insônia ou hipersonia</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Agitação ou retardo psicomotor</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Fadiga ou perda de energia</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente</td><td>PRESENTE <input type="checkbox"/></td><td>AUSENTE <input type="checkbox"/></td></tr></table> <b>PONTUAÇÃO FINAL:</b> _____	Interesse ou prazer acentuadamente diminuído	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Insônia ou hipersonia	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Agitação ou retardo psicomotor	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Fadiga ou perda de energia	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>
Interesse ou prazer acentuadamente diminuído	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Humor deprimido (sente-se triste ou vazio)	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Insônia ou hipersonia	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Agitação ou retardo psicomotor	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Fadiga ou perda de energia	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										
Pensamento recorrentes de morte, ideação suicida recorrente	PRESENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>																										



11	<p><b>CASO O PACIENTE PREENCHA OS CRITÉRIOS DE DEPRESSÃO, <u>DETALHAR HISTÓRICO DEPRESSIVO</u>, SINTOMATOLOGIA, TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E CRONOLOGIA EM RELAÇÃO AO COMPROMETIMENTO COGNITIVO (DECLÍNIO COGNITIVO INICIOU ANTES OU APÓS QUADRO DEPRESSIVO?).</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
11	<p><b>OUTRAS INFORMAÇÕES (ex.: definir conduta clínica em caso de exames laboratoriais alterados, informar reposição de vitaminas, entre outros):</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
12	<p><b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b></p> <p>Data de preenchimento: ____ / ____ / ____</p> <p>Assinatura e carimbo: _____</p> <p style="text-align: right;">Médico</p>



## MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

Nome civil do(a) paciente: \_\_\_\_\_


Nome social do(a) paciente: \_\_\_\_\_

Data da avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escolaridade (nº de anos completos de estudo): \_\_\_\_\_

Ex: levou 10 anos para concluir a 4ª série, considera-se escolaridade de 4 anos.

**ATENÇÃO: Preencher o MEEM completamente. Necessário informar o resultado de cada item!**

ORIENTAÇÃO		
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	5	
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local <sup>1</sup> ) (nº ou andar <sup>2</sup> ).	5	
<b>REGISTRO</b>		
* Dizer três palavras: <b>PENTE RUA AZUL</b> . (Pedir para prestar atenção, pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até 5 vezes, para que evoque corretamente e anotar número de vezes: _____)	3	
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO</b>		
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) <b>Alternativo<sup>3</sup></b> : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)	5	
<b>EVOCAÇÃO</b>		
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores ( <b>pente-rua-azul</b> )	3	
<b>LINGUAGEM</b>		
* Identificar lápis e relógio de pulso (sem estar no pulso).	2	
* Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	1	
* Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”. (Falar essa frase de forma inteira e apenas uma vez).	3	
* Ler (“só com os olhos”) e executar: <b>FECHE OS OLHOS</b>	1	
* Escrever uma frase (um pensamento, ideia completa)	1	
* Copiar o desenho: 	1	
<b>TOTAL:</b>	<b>30</b>	
<p><sup>1</sup> Rua é usado para visitas domiciliares. Local para consultas no hospital ou outra instituição. <sup>2</sup> Nº é usado para visitas domiciliares. Andar para consultas no hospital ou outra instituição. <sup>3</sup> Alternativo é usado quando o entrevistado erra JÁ na primeira tentativa, OU acerta na primeira e erra na segunda. SEMPRE que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação! <b>Obs.:</b> na forma alternativa a pontuação máxima também é de 5 pontos. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação.</p>		

Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_



## ESCALA CDR (CLINICAL DEMENTIA RATING)

**ATENÇÃO: Preencher a escala completamente. Necessário informar o resultado de cada função!**

FUNÇÃO	SAUDÁVEL CDR 0	DEMÊNCIA QUESTIONÁVEL CDR 0,5	DEMÊNCIA LEVE CDR 1	DEMÊNCIA MODERADA CDR 2	DEMÊNCIA GRAVE CDR 3
<b>MEMÓRIA</b>	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente.	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; esquecimento benigno.	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o <i>deficit</i> interfere com atividades do dia-a-dia.	Perda de memória grave; apenas material <i> muito</i> aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos.	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem.
<b>ORIENTAÇÃO</b>	Plenamente orientado.	Plenamente orientado.	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais.	Geralmente desorientado.	Orientação pessoal apenas
<b>JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS</b>	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado.	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças.	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido.	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido.	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico.
<b>ASSUNTOS NA COMUNIDADE</b>	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças, e grupos sociais.	Leve dificuldade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa.
<b>LAR E PASSATEMPO</b>	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais levemente afetados.	Comprometimento leve, mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados.	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos.	Sem qualquer atividade significativa em casa.
<b>CUIDADOS PESSOAIS</b>	Plenamente capaz.		Necessita de assistência ocasional.	Requer assistência no vestir e na higiene.	Muito auxílio nos CP. Em geral incontinente

Assinatura e carimbo do médico: \_\_\_\_\_