



## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – DOENÇA DE ALZHEIMER

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____<br><b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 2 | <b>ESCOLARIDADE* (EM ANOS COMPLETOS DE ESTUDO):</b> _____<br><i>*Campo obrigatório</i>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3 | <b>HISTÓRIA CLÍNICA</b> Data do diagnóstico: ____/____/____<br>Início insidioso? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                       |
| 4 | <b>DÉFICIT COGNITIVO <u>MAIS PROEMINENTE E INICIAL:</u></b><br><br><input type="checkbox"/> Apresentação amnésica (prejuízo no aprendizado e na evocação de informações recentemente aprendidas).<br><br><b><u>E/OU</u></b><br><br><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"/><br>Descrever:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                 |
| 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"/><br>Descrever:<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                              |



|                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                              |                                   |                                  |                                            |                                   |                                  |                                                                           |                                   |                                  |                       |                                   |                                  |                                |                                   |                                  |                            |                                   |                                  |                                                            |                                   |                                  |                                                 |                                   |                                  |                                                             |                                   |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 8                                                                         | <b>USO DE MEDICAMENTOS (DETALHAR TODOS OS MEDICAMENTOS EM USO E TEMPO DE USO, INCLUSIVE OS ANTICOLINESTERÁSICOS):</b><br><br><hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                              |                                   |                                  |                                            |                                   |                                  |                                                                           |                                   |                                  |                       |                                   |                                  |                                |                                   |                                  |                            |                                   |                                  |                                                            |                                   |                                  |                                                 |                                   |                                  |                                                             |                                   |                                  |
| 9                                                                         | <b>INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA DAS SITUAÇÕES CLÍNICAS ABAIXO ALÉM DA DOENÇA DE ALZHEIMER:</b><br><br><input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca grave<br><input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca não controlada<br><input type="checkbox"/> Etilismo recente<br><input type="checkbox"/> Insuficiência hepática grave<br><input type="checkbox"/> Insuficiência renal grave<br><input type="checkbox"/> Demência por corpos de Lewy<br><input type="checkbox"/> Demência frontotemporal<br><input type="checkbox"/> História de AVC. (Data: __/__/____)<br><input type="checkbox"/> Demência associada à doença de Parkinson<br><input type="checkbox"/> Outros: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                              |                                   |                                  |                                            |                                   |                                  |                                                                           |                                   |                                  |                       |                                   |                                  |                                |                                   |                                  |                            |                                   |                                  |                                                            |                                   |                                  |                                                 |                                   |                                  |                                                             |                                   |                                  |
| 10                                                                        | <b>CRITÉRIOS DE DEPRESSÃO SEGUNDO DSM-V:</b><br><br><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><br><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/> |
| 12 | <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/>                                                                                                            |
| 13 | <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): \_\_\_\_\_ \*campo obrigatório

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)<br><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:<br>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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.<br/><sup>2</sup> Nº é usado para visitas domiciliares. Andar para consultas no hospital ou outra instituição.<br/><sup>3</sup> Alternativo é usado quando o entrevistado erra <b>JÁ</b> na primeira tentativa, <b>OU</b> acerta na primeira e erra na segunda. <b>SEMPRE</b> que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. <b>Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos</b> – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação!<br/><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 além do CDR final!**

| FUNÇÃO                                   | SAUDÁVEL<br>CDR 0                                                                                  | DEMÊNCIA<br>QUESTIONÁVEL<br>CDR 0,5                                                  | DEMÊNCIA LEVE<br>CDR 1                                                                                                                            | DEMÊNCIA<br>MODERADA<br>CDR 2                                                                                      | DEMÊNCIA GRAVE<br>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                                                                  |

**Escore final categórico:** \_\_\_\_\_

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