

RQ 0874 - QUESTIONÁRIO PROTEÍNA BETA AMILÓIDE, LCR

COLE AQUI ETIQUETA DB

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Identificação do paciente

Nome: _____ Sobrenome: _____

Sexo: () F () M

Data de nascimento: ____/____/____

Data/hora (coleta): ____/____/____ ____:____hs

Data/Hora (congelamento): ____/____/____ ____:____hs (sempre congelar a -80C)

Dados clínicos

Médico solicitante: _____

Endereço: _____

Tel/ Fax: _____

E-mail: _____

Parametros imprescindíveis para a realização do exame

(dados completos do paciente permitem a interpretação completa dos resultados)

Data dos primeiros sintomas: ____/____/____

Sintomas de memória () Sim () Não

Afasia () Sim () Não

Apraxia () Sim () Não

Agnosia () Sim () Não

Síndrome desexecutiva () Sim () Não

Depressão () Sim () Não

Quedas, Falta de ar, Perda de consciência () Sim () Não

Histórico familiar (quem?) () Sim () Não

Sintomas extrapiramidais () Sim () Não

Problemas psiquiátricos de comportamento () Sim () Não

Alucinações () Sim () Não

MRI normal: () Sim () Não Atrofia: () Sim () Não Não realizado: ()

Genótipo APOE: _____ Não realizado: ()

Suspeita diagnóstica: _____

Tratamento: _____

Testes neurológicos (especifique teste e score): _____

Sintomas e razão pela qual o teste foi solicitado: _____