

COLE AQUI
ETIQUETA DB

RQ-0874 QUESTIONÁRIO PROTEÍNA BETA AMILÓIDE, LCR

***Todos os dados são imprescindíveis**

Identificação do paciente

Nome completo: _____

Sexo: Masculino Feminino Data de nascimento: ____/____/____

Data/Hora da coleta: ____/____/____ ____:____ horas.

Data/Hora do congelamento: ____/____/____ ____:____ horas. (sempre congelar a -80C)

Dados clínicos

Médico solicitante: _____

Endereço: _____

Telefone/Fax: () _____ / _____

E-mail: _____

Parametros imprescindíveis para a realização do exame

(Dados completos do paciente permitem a interpretação completa dos resultados).

Data da coleta: ____/____/____

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Sintomas de memória | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Afasia (distúrbio de linguagem) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Apraxia (dificuldade em realizar movimentos motores) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Agnosia (amnésia perceptiva que consiste na incapacidade de reconhecer os objetos) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Síndrome desexecutiva
(deficiências em diversas habilidades cognitivas, como a capacidade de tomar decisões) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Depressão | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Quedas, Falta de ar, Perda de consciência | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Histórico familiar (quem?) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Sintomas extrapiramidais
(movimentos involuntários como tremores e dificuldade para andar) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Problemas psiquiátricos de comportamento | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Alucinações | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Ressonância Magnética 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: _____