

COLE AQUI  
ETIQUETA DB

## RQ-0944 QUESTIONÁRIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO PARA ENVIO DO RT-QUIC

**\*Todos os dados são imprescindíveis**

### Dados do paciente

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Número do pedido: \_\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo:  Feminino  Masculino

Hispânico/latino:  Sim  Não Cidade e Estado de residência: \_\_\_\_\_

Paciente falecido?  Sim  Não Data/Hora do óbito (se for o caso): \_\_\_\_\_

### Dados do exame e informações do médico solicitante

Data da coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Material: \_\_\_\_\_

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Hospital/Instituição: \_\_\_\_\_

Endereço (Rua/Cidade/Estado): \_\_\_\_\_

### Histórico Clínico (este formulário deverá ser preenchido pelo médico responsável pelo pedido)

Suspeita clínica de doença priônica (Circule um número):

BAIXA 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 ALTA

Sintomas que relacionam com Doença Priônica (Marque todas que se apliquem):

DÊMENCIA - Início: \_\_\_\_\_  PSIQUIÁTRICOS - Início: \_\_\_\_\_

EXTRAPIRAMIDAIAS - Início: \_\_\_\_\_  PIRAMIDAIAS - Início: \_\_\_\_\_

ALTERAÇÕES VISUAIS - Início: \_\_\_\_\_  ATAXIA - Início: \_\_\_\_\_

MIOCLONIA - Início: \_\_\_\_\_  Outros: \_\_\_\_\_

O paciente já doou sangue?  Sim  Não

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O paciente já recebeu sangue?  Sim  Não

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O paciente já foi submetido a algum desses procedimentos? (Circule o que se aplica)

Neurocirurgia / Transplante de córnea / Enxerto de dura-máter / Nenhum

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O paciente já teve algum desses tratamentos? (Circule o que se aplica)

Hormônio de crescimento humano / Gonadotrofina pituitária / Nenhum

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O paciente teve uma MRI sugestiva de doença priônica?

Sim  Não  Não foi feita uma MRI

O paciente teve um EEG com complexos de ondas agudas?

Sim  Não  Não foi feito um EEG

**Histórico social e familiar** (Se marcar "Sim", favor dar maiores detalhes)

O paciente já participou de caçadas?  Sim  Não

Circule os animais da caçada: Veado / Cervo / Alce / Caribu / Outro:

Estado/Província/País: \_\_\_\_\_

Ano(s): \_\_\_\_\_

O paciente já comer carne de caçadas?  Sim  Não

Circule os animais que se aplicam: Veado / Cervo / Alce / Caribu / Outro:

Estado/Província/País: \_\_\_\_\_

Ano(s): \_\_\_\_\_

Há um histórico familiar de doença priônica?  Sim  Não

Tipo de doença priônica: CID / GSS / FFI / Outro: \_\_\_\_\_

Parentesco com o paciente: \_\_\_\_\_

Histórico familiar de doença neurológica?  Sim  Não

Tipo de doença (Alzheimer, etc.): \_\_\_\_\_

Parentesco com o paciente: \_\_\_\_\_

O paciente já viajou para o Reino Unido, Europa ou Arábia Saudita entre os anos de 1980-1996?  Sim  Não

Países: \_\_\_\_\_

Ano(s): \_\_\_\_\_

**Observação**

(1) Todos os campos deste formulário são essenciais para a execução do exame. A ausência de informações pode comprometer o resultado.

\_\_\_\_\_  
Nome do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente