

PORTAL NEUROSTIM

www.portalneurostim.com.br

ANAMNESE CLÍNICA

Adulto com Queixa de Memória

Profissional:	Data:	Nº de sessão / Atend.:

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:			
Data de nascimento:		Idade:	
Escolaridade:		Profissão atual:	
Estado civil:		Com quem reside:	
Encaminhado por / Fonte de referência:			

2. QUEIXA PRINCIPAL

Descrição da queixa com as próprias palavras do paciente:

Há quanto tempo nota essa dificuldade?		Início gradual ou súbito?	

A queixa é percebida por:

 Somente pelo paciente
 Família/cuidador também
 Colegas/trabalho

3. CARACTERIZAÇÃO DA QUEIXA DE MEMÓRIA

Tipo predominante referido:

 Memória recente (nomes, eventos)
 Memória remota (fatos antigos)
 Memória prospectiva (compromissos)
 Memória de trabalho (perder o fio)

Exemplos concretos de episódios de esquecimento relatados:

Frequência dos esquecimentos:

Raramente Algumas vezes por semana Diariamente Várias vezes ao dia

Progressão percebida:

Estável Piorando lentamente Piorando rapidamente Oscila / melhora e piora

Situações em que o esquecimento é mais evidente:

4. IMPACTO NA FUNCIONALIDADE COTIDIANA

Atividades de vida diária afetadas (marcar todas que se aplicam):

Trabalho/produção profissional Gestão financeira Cuidado da casa Uso de tecnologia
 Dirigir / locomover-se de forma independente Relações sociais Autocuidado Lazer

Como o paciente tem compensado as dificuldades? (agendas, alarmes, etc.)

5. HISTÓRICO DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

Condições de saúde atual (marcar):

Hipertensão Diabetes Doença cardiovascular Hipotireoidismo
 Depressão/ansiedade Insônia Doença neurológica prévia Outros:

Descrição de condições de saúde adicionais:

<table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamentos em uso (nome/dose):</th> <th>Início do uso:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Medicamentos em uso (nome/dose):	Início do uso:		
Medicamentos em uso (nome/dose):	Início do uso:			

Uso de álcool:

Não Ocasional Frequente

Tabagismo:

Não Ex-fumante Fumante atual

Qualidade do sono (horas, fragmentação, queixas):

Nível de estresse percebido e eventos de vida recentes:

Nível de atividade física:

--

6. HISTÓRICO NEUROLÓGICO E PSIQUIÁTRICO

Histórico de:

AVC/AIT TCE Epilepsia Cirurgia cerebral Doença de Parkinson Demência diagnosticada

Descrição / datas aproximadas:

Tratamentos psicológicos ou psiquiátricos anteriores:

História familiar de demência ou doença neurológica:

Não Sim (quem / quando) Desconhece

7. AVALIAÇÕES E EXAMES REALIZADOS

Exames realizados recentemente:

Neuroimagem (TC/RM) Avaliação neuropsicológica Exames laboratoriais EEG

Resultados conhecidos / laudos disponíveis:

8. IMPRESSÃO CLÍNICA INICIAL

AVISO: Campo de uso exclusivo do profissional. Não mostrar ao paciente.

Hipóteses iniciais:

Queixa cognitiva subjetiva Comprometimento cognitivo leve (CCL) Quadro ansioso/depressivo Queixa compatível com demência – investigar

Observações gerais / Nota clínica:

Próximos passos / Encaminhamentos:		Retorno previsto:	