

PORTAL NEUROSTIM

www.portalneurostim.com.br

ANAMNESE CLÍNICA*Idoso com Rastreamento Cognitivo*

Profissional:	Data:	Nº de sessão / Atend.:

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:				
Data de nascimento:		Idade:	Sexo:	
Escolaridade (anos de estudo formal):		Profissão (atual ou anterior):		
Estado civil:		Com quem reside:		
Encaminhado por / Fonte de referência:				

Informante presente hoje:
 Próprio paciente
 Cônjuge/parceiro
 Filho/a
 Cuidador
 Outro familiar

Nome e vínculo do informante (se houver):	
--	--

2. QUEIXA PRINCIPAL**Queixa relatada pelo próprio paciente:**

Queixa relatada pelo familiar/informante (se diferente):

Há quanto tempo as dificuldades são percebidas?		Início gradual ou súbito?	

A queixa é percebida por:

Somente pelo paciente Somente pela família Por ambos

3. FUNÇÕES COGNITIVAS RELATADAS COMO AFETADAS

Função	Manifestação	Sem queixa	Queixa presente
Memória recente	<i>Repete perguntas / esquece eventos recentes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memória remota	<i>Dificuldade para recordar fatos antigos / própria história</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memória prospectiva	<i>Esquecer compromissos, medicamentos, datas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação temporal	<i>Confusão com dias/meses/anos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientação espacial	<i>Desorientação em locais familiares</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linguagem / Nomeação	<i>Dificuldade para encontrar palavras certas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenção e concentração	<i>Distração, dificuldade de seguir conversas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funções executivas	<i>Dificuldade de planejar, organizar, resolver problemas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconhecimento de pessoas	<i>Dificuldade para reconhecer rostos familiares</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilidades práticas (praxias)	<i>Dificuldade com tarefas antes automáticas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Descrição narrativa das queixas mais relevantes:

4. FUNCIONALIDADE NAS AVDs

Atividades básicas (ABVD) – marcar as comprometidas:

Alimentação Higiene pessoal Vestuário Continência Transferências/locomoção

Atividades instrumentais (AIVD) – marcar as comprometidas:

Cozinhar Uso do telefone Gestão de medicamentos Finanças Condução de veículos Uso de transporte Compras Tarefas domésticas

Modificações recentes na funcionalidade (antes fazia, agora precisa de ajuda):

5. HISTÓRICO DE SAÚDE

Condições crônicas (marcar):

Hipertensão Diabetes Doença cardiovascular AVC/AIT prévio Parkinson Hipotireoidismo Depressão Insuficiência renal

Outras condições relevantes:

--

Medicamentos em uso (nome / dose / horário):

Histórico de quedas:

Não Uma queda nos últimos 6 meses Duas ou mais quedas Medo de cair

Internações recentes (motivo / data):		Cirurgias recentes:	
--	--	----------------------------	--

Qualidade do sono:

Preservada Insônia Hipersonia Alterações comportamentais noturnas

6. HUMOR E ASPECTOS EMOCIONAIS

Humor predominante observado / relatado:

Eutímico (equilibrado) Ansioso Deprimido
 Apático/indiferente Irritável Lábil (oscila)

Sinais de depressão / apatia (critérios ICD/DSM):

Tristeza persistente Anedonia Apatia Isolamento social Queixas somáticas

Mudanças de personalidade ou comportamento relatadas pelo informante:

7. CONTEXTO SOCIAL E SUPORTE

Nível de atividade social:

Ativo socialmente Redução recente da socialização Retraído / isolado

Atividades de lazer e estimulação cognitiva:

Leitura Jogos/palavras-cruzadas Atividade física regular Trabalhos manuais
Nenhuma atividade regular

Rede de suporte social (quem cuida, frequência de contato familiar):

Cuidador principal:

Não necessita Cônjuge Filho/a Cuidador formal

8. INSTRUMENTOS DE RASTREIO APLICADOS

Instrumento	Aplicado	Pontuação	Data
MEEM (Mini-Exame do Estado Mental)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____	__/__/__
MoCA (Montreal Cognitive Assessment)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____	__/__/__
Fluência Verbal Semântica (animais/min)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____	__/__/__
Fluência Verbal Fonêmica (FAS)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____	__/__/__
CDR (Clinical Dementia Rating)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____	__/__/__
BREF (Bateria Frontal)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____	__/__/__
Outros (especificar abaixo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	_____	__/__/__

9. IMPRESSÃO CLÍNICA INICIAL

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

Hipóteses iniciais:

Envelhecimento cognitivo normal Queixa cognitiva subjetiva Comprometimento cognitivo leve (CCL) Suspeita de demência – investigar Quadro depressivo com impacto cognitivo

Severidade funcional observada:

Independente Necessita supervisão Necessita assistência parcial Dependente

Observações clínicas / Nota:

Encaminhamentos / Próximos passos:		Retorno previsto:	