

Evaluación de la pérdida de memoria: visita inicial

(Nombre) _____

Fecha: _____

Edad: _____

Inf. Fam.: Beh
3=incapaz; 0=capaz

talonario de cheques _____

impuestos _____

compras _____

juegos _____

cocina _____

prep. comidas _____

eventos _____

TV, libros _____

citas _____

viajes _____

puntuación _____

Historial médico anterior
seleccionar lo que corresponda

Hipertensión

EAC

Tiroides

Colesterol

ACV

Neuropatía

vasc. perif.

Diabetes

Hepatitis

Herida en la cabeza

Parkinson

Alcohol

Depresión

Enf. venérea

Convulsiones

Drogadicción

Cáncer

iICH

Meningitis

Oído, visión

Def. vitamínica.

Historial familiar

Demencia

Parkinson

Depresión

Ataque apopléjico

EAC

S. de Down

Diabetes

Historia del problema de la memoria

Actual historial médico

Anterior historial médico o quirúrgico

Historial siquiátrico

Medicaciones ver lista

Positivos (historial familiar, ocupación, hábitos, función)

Revisión de sistemas

- Encierre en un círculo lo que corresponda*
- personalidad
- habla
- debilidad
- juicio
- confusión
- alerta
- delirios
- alucinaciones
- emoción
- afección sensorial
- boca
- caída, herida
- equilibrio
- ronquidos
- falta de aire
- tos
- malestar intestinal
- hematoquecia
- disfunción sexual
- incontinencia
- dolor articular
- extremidades
- piel
- apetito
- sed
- fatiga
- sueño
- cambio de peso
- comida

Educación

_____ años

Empleo

- metales
- terapia electroconvulsiva
- boxeador

Hábitos de salud:

tabaco

_____ paquetes - años

Alcohol

_____ /día

Signos vitales		Presión _____	Pulso ___	Temperatura ___	Peso ___ libras	Estatura ___ pulgadas	
Ojos	<input type="checkbox"/>	Párpados y conjuntiva normales	Marcha con esclerosis múltiple <input type="checkbox"/>				
Pupilas	<input type="checkbox"/>	Pupilas simétricas y reactivas	Postura y marcha normales <input type="checkbox"/>				
Fondo	<input type="checkbox"/>	Elementos positivos y discos normales	Uñas <input type="checkbox"/>				
				Sin dedos en palillo de tambor ni cianosis <input type="checkbox"/>			
Oídos, nariz y garganta:		externos <input type="checkbox"/> Sin cicatrices, lesiones ni protuberancias					
Otoscóptico	<input type="checkbox"/>	Canales y membranas del tímpano normales	Marque si es normal o encierre en un círculo, si es anormal	Margen de movimiento	Fuerza	Tono	
Audición	<input type="checkbox"/>	Normal a _____	Brazo derecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intranasal	<input type="checkbox"/>	Turbinado, tabique y mucosa normales	Brazo izquierdo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oral anterior	<input type="checkbox"/>	Encías, dientes y labios normales	Pierna derecha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Orofaringe	<input type="checkbox"/>	Faringe, paladar y lengua normales	Pierna izquierda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Piel <input type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación			
Palpación del cuello	<input type="checkbox"/>	Simétrico y sin protuberancias	Neurológico <input type="checkbox"/> Alerta y atención normales				
Tiroides	<input type="checkbox"/>	Sin agrandamiento ni sensibilidad	Nervios craneales <input type="checkbox"/> Sin gran déficit				
Esfuerzo respiratorio	<input type="checkbox"/>	Normal sin retracciones	Coordinación <input type="checkbox"/> Movimiento alterno rápido normal				
Percusión torácica	<input type="checkbox"/>	Sin matidez ni hiperresonancia	Reflejos tendinosos profundos <input type="checkbox"/> Simétricos, ___ (escala: 0-4+)				
Palpación torácica	<input type="checkbox"/>	Sin frémito	Sensación <input type="checkbox"/> Propiocepción y tacto normales				
Auscultación	<input type="checkbox"/>	Sonidos respiratorios bilaterales normales sin estertores	MMSE				
Palpitación cardíaca	<input type="checkbox"/>	Ubicación y tamaño normales	Orientación psiquiátrica <input type="checkbox"/> Normal al día, mes, año, hora, ubicación ___/10				
Auscultación cardíaca	<input type="checkbox"/>	Sin soplo cardíaco, galope ni frote	Registro <input type="checkbox"/> Registrar 3 elementos ___/3				
Carótidas	<input type="checkbox"/>	Intensidad normal sin ruido	Atención y cálculo <input type="checkbox"/> Realizar restas en serie, deletrear la palabra "mundo" al revés ___/5				
Pulso pedio	<input type="checkbox"/>	Pulso tibial posterior y pedio normales	Remembranza <input type="checkbox"/> Recordar 3 elementos ___/3				
Pechos	<input type="checkbox"/>	Inspección y palpación normales	Lenguaje <input type="checkbox"/> Nombrar, repetir, comprender, leer, escribir normalmente ___/8				
Abdomen	<input type="checkbox"/>	Sin protuberancias ni sensibilidad	Visuoespacial <input type="checkbox"/> Copiar diseño, reloj ___/1				
Hígado y bazo	<input type="checkbox"/>	No se palpa ni el hígado ni el bazo	Conocimiento <input type="checkbox"/> Presidentes, ex presidentes				
Hernia	<input type="checkbox"/>	No se detectan hernias	Estado de ánimo <input type="checkbox"/> GDS normal ___/15				
Ano y recto	<input type="checkbox"/>	Sin anomalías ni protuberancias	Habla <input type="checkbox"/> Volumen y velocidad normales				
Genitourinario masculino	<input type="checkbox"/>	Normal a la inspección y palpación	Continuidad de ideas <input type="checkbox"/> Lógico, coherente				
Próstata	<input type="checkbox"/>	Tamaño normal sin nodularidad	Psicosis <input type="checkbox"/> Sin alucinaciones ni falsas ilusiones				
Genitourinario femenino	<input type="checkbox"/>	Genitales externos normales sin lesiones	Juicio <input type="checkbox"/> Normal				
Inspección interna	<input type="checkbox"/>	Vejiga, uretra y vagina normales	Comportamiento <input type="checkbox"/> Cooperador, adecuado				
Cuello del útero	<input type="checkbox"/>	Apariencia normal sin secreciones	Hachinski sumar 1ª columna x 2; sumar 2ª columna; total columnas				
Útero	<input type="checkbox"/>	Tamaño y posición normales sin sensibilidad	Inicio repentino <input type="checkbox"/> Escalonado <input type="checkbox"/>				
Anexos	<input type="checkbox"/>	Sin protuberancias ni sensibilidad	Hist. ataque <input type="checkbox"/>				
Vasos linfáticos	<input type="checkbox"/>	Cuello y axilas normales	apopléjico <input type="checkbox"/> Somático <input type="checkbox"/>				
Otros vasos linfáticos	<input type="checkbox"/>		Signos focales <input type="checkbox"/> Emoción <input type="checkbox"/>				
				"Síntomas" <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/>			
				sumar x2: _____ suma: _____ total: _____			

Descripción adicional de hallazgos positivos:

Evaluación del diagnóstico preliminar (nivel de trastorno, patologías comórbidas, potenciales elementos tratables)

Recomendaciones:

- Laboratorio:
- Electrolitos CA TSH STS B₁₂
- Imagenología (tipo, historial) _____
- Cambios de la medicación
- Referencias
- Información
 - Imagenología cerebral en la pérdida de memoria
 - Especialistas en pérdida de memoria
 - Tratamientos para el Alzheimer
 - Prevención de ataques apopléjicos
 - Informe familiar: problemas relacionados con el cuidado

Evaluación de la pérdida de memoria: visita inicial

Date: _____
Age: _____

Fam Rpt: Beh
3=unable; 0=able
checkboxbook _____
taxes _____
shopping _____
games _____
stove _____
meal prep _____
events _____
TV, book _____
appointments _____
travel _____
score _____

Past Med Hx
check positives
HTN
CAD
thyroid
cholesterol
CVA
neuropathy
periph vasc
diabetes
hepatitis
head injury
Parkinson's
alcohol
depression
VD
seizures
drug abuse
cancer
ICH
meningitis
hear, vision
vitamin def

Fam Hx
dementia
Parkinson's
depression
stroke
CAD
Down's
diabetes

Story of the Memory Problem
Record your version of the history of the dementing illness from the family questionnaire in Tools, pp.17-18, and your interview of the patient and caregiver

Record scores here from the questionnaire in Tools, pp.13-14; scoring instructions are on p.15

Current medical history
Describe active problems with potential impact on cognitive function

Former medical/surgical history
Record information here from the review-of systems questions (pp.28-29) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

Psychiatric history
Record information here from questions on pp.24,26 in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

Medications see list
Use the medication list (p.27) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29, or your own version

Positives (FHx, occup., habits, function)
Record information here from questions on p.26 in the family questionnaire in Tools, pp.19-29

ROS
circle positives
personality
speech
weakness
judgment
confusion
alertness
delusions
hallucinations
emotional
sensory
mouth
fall, injury
balance
snore
short of breath
cough
bowel
hematochezia
sex dysfxn
incontinence
joint pain
extremities
skin
appetite
thirst
fatigue
sleep
wt change
food

Education
_____yrs.

Employment

metals
ECT
boxer

Health Habits:
Tobacco
_____pk-yrs

Alcohol
_____/day

Record the Geriatric Depression Scale score here (see Tools, pp. 30-31)

Vital signs	BP _____	P _____	T _____	Wt. _____ lb	Ht. _____ in
Eyes	<input type="checkbox"/> nl conjunctiva & lids			MS Gait	<input type="checkbox"/> nl gait & station
Pupils	<input type="checkbox"/> pupils symmetrical, reactive			Nails	<input type="checkbox"/> no clubbing, cyanosis
Fundus	<input type="checkbox"/> nl discs & pos elements			Check nl, ext abn	RDM Strength Tone abnormalities
ENT-external	<input type="checkbox"/> no scars, lesions, masses			Rt. arm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otoscopic	<input type="checkbox"/> nl canals & tympanic membranes			Lt. arm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hearing	<input type="checkbox"/> nl to _____			Rt. leg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Intranasal	<input type="checkbox"/> nl mucosa, septum, turbinate			Lt. leg	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ant. oral	<input type="checkbox"/> nl lips, teeth, gums			Spine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oropharynx	<input type="checkbox"/> nl tongue, palate, pharynx			Skin	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation
Neck palp.	<input type="checkbox"/> symmetrical without masses			Neurologic	<input type="checkbox"/> nl alertness, attentive
Thyroid	<input type="checkbox"/> no enlargement or tenderness			Cranial nerves	<input type="checkbox"/> w/o gross deficit
Resp. effort	<input type="checkbox"/> nl without retractions			Coordination	<input type="checkbox"/> nl rapid alternating movement
Chest percuss.	<input type="checkbox"/> no dullness or hyperresonance			DTRs	<input type="checkbox"/> symmetrical, ___ (scale: 0-4+)
Chest palp.	<input type="checkbox"/> no fremitus			Sensation	<input type="checkbox"/> nl touch, proprioception
Auscultation	<input type="checkbox"/> nl bilateral breath sounds w/o rales			Psych Orient'n	<input type="checkbox"/> nl to day, mo, yr, time, location
Heart palp.	<input type="checkbox"/> nl location, size			Registration	<input type="checkbox"/> register 3 items
Cardiac ausc.	<input type="checkbox"/> no murmur, gallop, or rub			Attrn/Calc	<input type="checkbox"/> serial subtraction, world bkwd
Carotids	<input type="checkbox"/> nl intensity w/o bruit			Recall	<input type="checkbox"/> recall 3 items
Pedal pulses	<input type="checkbox"/> nl posterior tibial & dorsalis pedis			Language	<input type="checkbox"/> nl nam'g, rept'n, compr'n, read'g, writ'g
Breasts	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation			Visuospatial	<input type="checkbox"/> copy design, clock
Abdomen	<input type="checkbox"/> no masses or tenderness			Knowledge	<input type="checkbox"/> current/past presidents
L/S	<input type="checkbox"/> nl liver/spleen			Mood	<input type="checkbox"/> nl GDS <input checked="" type="checkbox"/> 15
Hernia	<input type="checkbox"/> no hernia identified			Speech	<input type="checkbox"/> nl rate, volume
Anus/rectal	<input type="checkbox"/> no abnormality or masses			Thought cont.	<input type="checkbox"/> logical, coherent
GU male	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation			Psychosis	<input type="checkbox"/> no hallucinations, delusions
Prostate	<input type="checkbox"/> nl size w/o nodularity			Judgment	<input type="checkbox"/> nl
GU female	<input type="checkbox"/> external genitalia nl w/o lesions			Behavior	<input type="checkbox"/> cooperative, appropriate
Int. inspection	<input type="checkbox"/> nl bladder, urethra, & vagina			Hachinski	sum 1st column x 2; sum 2nd column; total columns
Cervix	<input type="checkbox"/> nl appearance w/o discharge			Abrupt onset	<input type="checkbox"/> Stepwise <input type="checkbox"/>
Uterus	<input type="checkbox"/> nl size, position, w/o tenderness			Hx stroke	<input type="checkbox"/> Somatic <input type="checkbox"/>
Adnexa	<input type="checkbox"/> no masses or tenderness			Focal signs	<input type="checkbox"/> Emotional <input type="checkbox"/>
Lymphatic	<input type="checkbox"/> nl neck & axillae			"symptoms"	<input type="checkbox"/> HTN <input type="checkbox"/>
Lymph other	<input type="checkbox"/>			sum x 2: _____	sum: _____ total: _____

Additional description of positive findings:

The items of the MMSE examination are listed in the first column ("orientation, registration," etc.). Scores can be recorded in the third column. If you do not use the MMSE, you may use other tests of these constructs, listed with checkboxes in the second column.

Score the Hachinski scale by adding the number of positive responses in column 1 and multiplying by 2, and then adding the number of positive responses in column 2, counting 1 each.

Preliminary Diagnostic Assessment (Impairment level, comorbid health conditions, potential treatable elements)

Recommendations:

