

Evaluación de la pérdida de memoria: visita inicial

		(Nombre)	
Fecha:			
Edad:			
Inf. Fam.: Beh 3=incapaz; 0=capaz		Historia del problema de la memoria talonario de cheques _____ impuestos _____ compras _____ juegos _____ cocina _____ prep. comidas _____ eventos _____ TV, libros _____ citas _____ viajes _____ puntuación _____	
			Revisión de sistemas
			Encierre en un círculo lo que corresponda
			personalidad
			habla
			debilidad
			juicio
			confusión
			alerta
			delirios
Actual historial médico			
Historial médico anterior seleccionar lo que corresponda		Anterior historial médico o quirúrgico Hipertensión <input type="checkbox"/> EAC <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Colesterol <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> Neuropatía <input type="checkbox"/> vasc. perif. <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Herida en la cabeza <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Enf. venérea <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Drogadicción <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> iICH <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Oído, visión <input type="checkbox"/> Def. vitamínica. <input type="checkbox"/>	
			malestar intestinal
			hematoquecia
			disfunción sexual
			incontinencia
			dolor articular
			extremidades
			piel
			apetito
			sed
			fatiga
			sueño
			cambio de peso
			comida
Historial siquiátrico			
Medicaciones			<input type="checkbox"/> ver lista
Positivos (historial familiar, ocupación, hábitos, función)			
Historial familiar			Educación _____ años Empleo _____ metales terapia electroconvulsiva boxeador
Demencia <input type="checkbox"/>			
Parkinson <input type="checkbox"/>			
Depresión <input type="checkbox"/>			
Ataque apoplético <input type="checkbox"/>			
EAC <input type="checkbox"/>			
S. de Down <input type="checkbox"/>			
Diabetes <input type="checkbox"/>			
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 <input type="checkbox"/> Pupilas simétricas y reactivas <input type="checkbox"/> Fondo Elementos positivos y discos normales					
Pupilas	<input type="checkbox"/> Pupilas simétricas y reactivas					
Fondo	<input type="checkbox"/> Elementos positivos y discos normales					
Oídos, nariz y garganta: externos	<input type="checkbox"/> Sin cicatrices, lesiones ni protuberancias					
Otoscópico	<input type="checkbox"/> Canales y membranas del tímpano normales					
Audición	<input type="checkbox"/> Normal a _____					
Intranasal	<input type="checkbox"/> Turbinado, tabique y mucosa normales					
Oral anterior	<input type="checkbox"/> Encías, dientes y labios normales					
Orofaringe	<input type="checkbox"/> Faringe, paladar y lengua normales					
Palpación del cuello	<input type="checkbox"/> Simétrico y sin protuberancias					
Tiroides	<input type="checkbox"/> Sin agrandamiento ni sensibilidad					
Esfuerzo respiratorio	<input type="checkbox"/> Normal sin retracciones					
Percusión torácica	<input type="checkbox"/> Sin matidez ni hiperresonancia					
Palpación torácica	<input type="checkbox"/> Sin frémito					
Auscultación	<input type="checkbox"/> Sonidos respiratorios bilaterales normales sin estertores					
Palpitación cardiaca	<input type="checkbox"/> Ubicación y tamaño normales					
Auscultación cardíaca	<input type="checkbox"/> Sin soplo cardíaco, galope ni frote					
Carótidas	<input type="checkbox"/> Intensidad normal sin ruido					
Pulso pedio	<input type="checkbox"/> Pulso tibial posterior y pedio normales					
Pechos	<input type="checkbox"/> Inspección y palpación normales					
Abdomen	<input type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad					
Hígado y bazo	<input type="checkbox"/> No se palpa ni el hígado ni el bazo					
Hernia	<input type="checkbox"/> No se detectan hernias					
Ano y recto	<input type="checkbox"/> Sin anomalías ni protuberancias					
Genitourinario masculino	<input type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación					
Próstata	<input type="checkbox"/> Tamaño normal sin nodularidad					
Genitourinario femenino	<input type="checkbox"/> Genitales externos normales sin lesiones					
Inspección interna	<input type="checkbox"/> Vejiga, uretra y vagina normales					
Cuello del útero	<input type="checkbox"/> Apariencia normal sin secreciones					
Útero	<input type="checkbox"/> Tamaño y posición normales sin sensibilidad					
Anexos	<input type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad					
Vasos linfáticos	<input type="checkbox"/> Cuello y axilas normales					
Otros vasos linfáticos	<input type="checkbox"/>					
Marcha con esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Postura y marcha normales <input type="checkbox"/> Sin dedos en palillo de tambor ni cianosis					
Uñas						
Marque si es normal o encierre en un círculo, si es anormal						
Brazo derecho	Margen de movimiento	Fuerza	Tono	Anormales		
Brazo izquierdo						
Pierna derecha						
Pierna izquierda						
Columna vertebral						
Piel	<input type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación					
Neurológico	<input type="checkbox"/> Alerta y atención normales					
Nervios craneales	<input type="checkbox"/> Sin gran déficit					
Coordinación	<input type="checkbox"/> Movimiento alterno rápido normal					
Reflejos tendinosos profundos	<input type="checkbox"/> Simétricos, ___ (escala: 0-4+)					
Sensación	<input type="checkbox"/> Propiocepción y tacto normales					
MMSE						
Orientación siquiátrica	<input type="checkbox"/> Normal al día, mes, año, hora, ubicación ___/10					
Registro	<input type="checkbox"/> Registrar 3 elementos ___/3					
Atención y cálculo	<input type="checkbox"/> Realizar restas en serie, deletrear la palabra "mundo" al revés ___/5					
Remembranza	<input type="checkbox"/> Recordar 3 elementos ___/3					
Lenguaje	<input type="checkbox"/> Nombrar, repetir, comprender, leer, escribir normalmente ___/8					
Visuoespacial	<input type="checkbox"/> Copiar diseño, reloj ___/1					
Conocimiento	<input type="checkbox"/> Presidentes, ex presidentes					
Estado de ánimo	<input type="checkbox"/> GDS normal ___/15					
Habla	<input type="checkbox"/> Volumen y velocidad normales					
Continuidad de ideas	<input type="checkbox"/> Lógico, coherente					
Psicosis	<input type="checkbox"/> Sin alucinaciones ni falsas ilusiones					
Juicio	<input type="checkbox"/> Normal					
Comportamiento	<input type="checkbox"/> Cooperador, adecuado					
Hachinski sumar 1 ^a columna x 2; sumar 2 ^a columna; total columnas						
Inicio repentino	<input type="checkbox"/> Escalonado					
Hist. ataque apopléjico						
Signos focales	<input type="checkbox"/> Somático					
"Síntomas"	<input type="checkbox"/> Emoción					
sumar x2:	_____	suma: _____	total: _____			

Descripción adicional de hallazgos positivos:

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

Recomendaciones:

memoria

cuidado

- 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: _____	Story of the Memory Problem		ROS
Age: _____	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		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
Fam Rpt: Beh 3=unable; 0=able checkbook _____ taxes _____ shopping _____ games _____ stove _____ meal prep _____ events _____ TV, book _____ appointments _____ travel _____ SCORE _____	Record scores here from the questionnaire in Tools, pp.13-14; scoring instructions are on p.15		
Past Med Hx check positives HTN <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> thyroid <input type="checkbox"/> cholesterol <input type="checkbox"/> CVA <input type="checkbox"/> neuropathy <input type="checkbox"/> periph vasc <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hepatitis <input type="checkbox"/> head injury <input type="checkbox"/> Parkinson's <input type="checkbox"/> alcohol <input type="checkbox"/> depression <input type="checkbox"/> VD <input type="checkbox"/> seizures <input type="checkbox"/> drug abuse <input type="checkbox"/> cancer <input type="checkbox"/> ICH <input type="checkbox"/> meningitis <input type="checkbox"/> hear, vision <input type="checkbox"/> vitamin def <input type="checkbox"/>	Current medical history Describe active problems with potential impact on cognitive function		Record information here from the review-of systems questions (pp.28-29) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29
Positives (FHx, occup., habits, function)	Former medical/surgical history		Record information here from the questions on past medical history (p.21) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29
Fam Hx dementia <input type="checkbox"/> Parkinson's <input type="checkbox"/> depression <input type="checkbox"/> stroke <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> Down's <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/>	Psychiatric history		Record information here from questions on pp.24,26 in the family questionnaire in Tools, pp.19-29
Medications <input type="checkbox"/> see list	Use the medication list (p.27) in the family questionnaire in Tools, pp.19-29, or your own version		
Record information here from questions on p.26 in the family questionnaire in Tools, pp.19-29			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	
Pupils	<input type="checkbox"/> pupils symmetrical, reactive			<input type="checkbox"/> nl gait & station	
Fundus	<input type="checkbox"/> nl discs & pos elements			<input type="checkbox"/> no clubbing, cyanosis	
ENT-external	<input type="checkbox"/> no scars, lesions, masses			Nails	
Otoscopic	<input type="checkbox"/> nl canals & tympanic membranes				
Hearing	<input type="checkbox"/> nl to _____			Check nl, circ abn	
Intranasal	<input type="checkbox"/> nl mucosa, septum, turbinate			ROM	Strength
Ant. oral	<input type="checkbox"/> nl lips, teeth, gums			Tone	abnormals
Oropharynx	<input type="checkbox"/> nl tongue, palate, pharynx			Rt. arm	<input type="checkbox"/>
Neck palp.	<input type="checkbox"/> symmetrical without masses			Lt. arm	<input type="checkbox"/>
Thyroid	<input type="checkbox"/> no enlargement or tenderness			Rt. leg	<input type="checkbox"/>
Resp. effort	<input type="checkbox"/> nl without retractions			Lt. leg	<input type="checkbox"/>
Chest percuss.	<input type="checkbox"/> no dullness or hyperresonance			Spine	<input type="checkbox"/>
Chest palp.	<input type="checkbox"/> no fremitus			Skin	
Auscultation	<input type="checkbox"/> nl bilateral breath sounds w/o rales			<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation	
Heart palp.	<input type="checkbox"/> nl location, size			Neurologic	
Cardiac ausc.	<input type="checkbox"/> no murmur, gallop, or rub			<input type="checkbox"/> nl alertness, attentive	
Carotids	<input type="checkbox"/> nl intensity w/o bruit			Cranial nerves <input type="checkbox"/> w/o gross deficit	
Pedal pulses	<input type="checkbox"/> nl posterior tibial & dorsalis pedis			Coordination <input type="checkbox"/> nl rapid alternating movement	
Breasts	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation			DTRs <input type="checkbox"/> symmetrical, _____ (scale: 0-4+)	
Abdomen	<input type="checkbox"/> no masses or tenderness			Sensation <input type="checkbox"/> nl touch, proprioception	
L/S	<input type="checkbox"/> nl liver/spleen			MMSE	
Hernia	<input type="checkbox"/> no hernia identified				
Anus/rectal	<input type="checkbox"/> no abnormality or masses				
GU male	<input type="checkbox"/> nl to inspection & palpation			Psych	
Prostate	<input type="checkbox"/> nl size w/o nodularity			Orient'n <input type="checkbox"/> nl to day, mo, yr, time, location	____/10
GU female	<input type="checkbox"/> external genitalia nl w/o lesions			Registration <input type="checkbox"/> register 3 items	____/3
Int. inspection	<input type="checkbox"/> nl bladder, urethra, & vagina			Attn/Calc <input type="checkbox"/> serial subtraction, world bckwd	____/5
Cervix	<input type="checkbox"/> nl appearance w/o discharge			Recall <input type="checkbox"/> recall 3 items	____/3
Uterus	<input type="checkbox"/> nl size, position, w/o tenderness			Language <input type="checkbox"/> nl nam'g, repit'n, compr'n, read'g, writ'g	____/8
Adnexa	<input type="checkbox"/> no masses or tenderness			Visuospatial <input type="checkbox"/> copy design, clock	____/1
Lymphatic	<input type="checkbox"/> nl neck & axillae			Knowledge <input type="checkbox"/> current/past presidents	
Lymph other	<input type="checkbox"/>			Mood <input type="checkbox"/> nl GDS	total ____/30
				Speech <input type="checkbox"/> nl rate, volume	
				Thought cont. <input type="checkbox"/> logical, coherent	
				Psychosis <input type="checkbox"/> no hallucinations, delusions	
				Judgment <input type="checkbox"/> nl	
				Behavior <input type="checkbox"/> cooperative, appropriate	
Hachinski sum 1st column x 2; sum 2nd column; total columns					
Abrupt onset <input type="checkbox"/> Stepwise <input type="checkbox"/>					
Hx stroke <input type="checkbox"/> Somatic <input type="checkbox"/>					
Focal signs <input type="checkbox"/> Emotional <input type="checkbox"/>					
"symptoms" <input type="checkbox"/> HTN <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:

- Lab:
 Electrolytes Ca TSH STS B₁₂

Imaging (type,hx) _____

Medication changes

Referrals

Information:

Brain Imaging in Memory Loss

Specialists in Memory Loss

Treatments for AD

Stroke Prevention

Family Report: Caregiving Issues

See educational materials in Tools:

pp. 39-40
p. 41
p. 42
p. 45

See Tools, pp. 32-34
Instructions on p. 35