

NOME:	SOBRENOME:
SEXO: [ ] F [ ] M	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
DATA/HORA(COLETA): ____/____/____ ____:____hs	
DATA/HORA(CONGELAMENTO): ____/____/____ ____:____hs (CONGELAR)	

### DADOS CLÍNICOS

MÉDICO SOLICITANTE:
ENDEREÇO:
TEL/FAX:
E-MAIL:

### PARAMETROS IMPRESCINDÍVEIS PARA REALIZAÇÃO DO EXAME (dados completos do paciente permitem a interpretação completa dos resultados)

DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• SINTOMAS DEMEMÓRIA	[ ] SIM	[ ] NÃO
• AFASIA	[ ] SIM	[ ] NÃO
• APRAXIA	[ ] SIM	[ ] NÃO
• AGNOSIA	[ ] SIM	[ ] NÃO
• SÍNDROME DE SEEXECUTIVA	[ ] SIM	[ ] NÃO
• DEPRESSÃO	[ ] SIM	[ ] NÃO
• HISTÓRICO FAMILIAR (QUEM?)	[ ] SIM	[ ] NÃO
• SINTOMAS EXTRAPIRAMIDIAIS	[ ] SIM	[ ] NÃO
• PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS DECOMPORTAMENTO	[ ] SIM	[ ] NÃO
• ALUCINAÇÕES	[ ] SIM	[ ] NÃO
• MRI NORMAL: [ ] SIM [ ] NÃO	ATROFIA: [ ] SIM [ ] NÃO	NÃO REALIZADO: [ ]
• GENÓTIPO APOE _____	NÃO REALIZADO: [ ]	

- SUSPEITA DIAGNÓSTICA
- TRATAMENTO
- TESTES NEUROLÓGICOS (ESPECIFIQUE TESTE SCORE):
- SINTOMAS E RAZÃO PELA QUAL O TESTE FOI SOLICITADO: