



DOENÇA DE ALZHEIMER - PROTEINA 14.3.3, LCR MARCADORES DA DOENÇA DE CREUTZFELTD QUESTIONÁRIO CLÍNICO

INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME COMPLETO DO PACIENTE: _____

SEXO: Masc Fem DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ (dia/mês/ano) ID DO PACIENTE: _____

Tipo de amostra: LCR CONGELADO

DATA/HORA COLETA: ____ / ____ / ____ ____ : ____ horas.

DADOS DO SOLICITANTE

MÉDICO SOLICITANTE: _____

ENDEREÇO: _____

TEL/FAX: _____

E-MAIL: _____

DADOS CLÍNICOS (dados completos do paciente permitem a interpretação completa dos resultados)

DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS: ____ / ____ / ____

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 01 - Mioclonia | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| 02 - Síndrome Cognitiva ou Demência Recente | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| 03 - Síndrome Cerebral e/ou Ataxia | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| 04 - Sintomas Visuais | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| 05 - Síndrome Piramidal | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| 06 - Mutismo Acinético | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| 07 - Sintomas Psiquiátricos Nos Últimos 3 Meses | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |
| 08 - Dor Generalizada | NÃO <input type="checkbox"/> | SIM <input type="checkbox"/> |

EGG: Normal Devagar Pseudo-Periódico Periódico Não realizado

Especifique os sintomas observados e a razão para prescrição do teste (citar isofocalização de liquor, eletroforese de proteínas e resultados de ressonância magnética):

IMPORTANTE: O ENVIO DE FORMULÁRIOS INCOMPLETOS ACARRETERÁ NO CANCELAMENTO DO EXAME