

# QUESTIONÁRIO/ ENTREVISTA PET/ CT E SPECT/ CT CEREBRAL E TRODAT



**BIONUCLEAR**<sup>®</sup>  
UCLEAR E IMAGEM MOLECULAR

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO:

**1. Tem esquecimentos?** Descreva há quanto tempo, se são fatos antigos ou recentes e mais detalhes.

**2. Tem tido dificuldades para:**

- Trabalhar
- Cuidar da casa (por ex: para fazer comida, colocar ingredientes na sequência certa)
- Ir ao banco pagar contas ou acessar o caixa eletrônico
- Ir ao mercado e lembrar os itens a serem comprados
- Leitura (esquece o que leu há pouco, perde-se na leitura)
- Participar/acompanhar uma conversa entre familiares ou amigos
- Encontrar palavras para falar ou escrever (ex: não lembrar nome de objeto)
- Formular frases inteiras
- Vestir ou tomar banho

Descreva os itens marcados acima com mais detalhes ou exemplos:

**3. Tem perdido objetos com mais frequência?** Descreva.

**4. Tem se perdido nas ruas ultimamente?** ( ) Sim ( ) Não

**5. Está fazendo algum tratamento psiquiátrico?** (por ex.: tratamento para depressão)

( ) Não ( ) Sim. Descreva. \_\_\_\_\_

**6. Tem apresentado sintomas de alucinações visuais?** (por ex.: visto objetos ou pessoas que não existem)

( ) Não ( ) Sim. Descreva. \_\_\_\_\_

**7. Tem apresentado alteração comportamental?**

(por ex.: mais nervoso, mais hiperativo, mais compulsivo, falando palavrões)

( ) Não ( ) Sim. Descreva. \_\_\_\_\_

**8. Faz tratamento para doença de Parkinson?**

( ) Não ( ) Sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

**9. Tem apresentado alguns desses sintomas abaixo? Há quanto tempo?**

( ) Tremores (descrever qual membro e em que lado treme mais, se direito ou esquerdo).

Como são os tremores? São mais em repouso ou em movimento? \_\_\_\_\_

( ) Dificuldade para andar (descrever qual membro e em que lado é pior, se direito ou esquerdo).

( ) Lentidão nos movimentos dos braços e pernas (descrever qual membro e em que lado é mais lento).

( ) Falta de equilíbrio ou quedas.

( ) Voz mais fraca e baixa?

( ) Dificuldade de sentir cheiro/olfato

Descreva os itens marcados acima com mais detalhes ou exemplos:

**10. Tem crises epiléticas?**

( ) Não ( ) Sim. Quando (dia e hora) foi sua última crise epilética? \_\_\_\_\_

**11. Tem aura ou “ameaça” de crise com muita frequência?**

( ) Não ( ) Sim. Quando foi (dia e hora) seu último episódio de aura ou “ameaça” de crise epilética? \_\_\_\_\_

**12. Medicações em uso com doses e os horários:**

**13. Tem alguma doença clínica, como hipertensão arterial, diabetes ou outra condição clínica?**

( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**14. Já sofreu algum Acidente Vascular Cerebral (AVC ou “Derrame cerebral) ou TCE grave?**

( ) Não ( ) Sim. Quando? \_\_\_\_\_

**15. Está fazendo quimioterapia ou radioterapia?** ( ) Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

**16. O Sr(a) saberia dizer se algum de seus pais ou irmãos tem ou tiveram sintomas semelhantes? Ou histórico de uma dessas condições na família (por ex, Alzheimer, D. Parkinson, AVC)?** Descreva. \_\_\_\_\_

Nome de quem respondeu o formulário ( ) paciente ou ( ) responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura ( ) paciente ou ( ) responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_