

Nome do Paciente: _____

Data da avaliação: _____



ETAPA 1: AVALIAÇÃO DO PACIENTE

A menos quando especificado, cada questão deve ser perguntada apenas uma vez.

Nome e Endereço para posterior tarefa de evocação

Eu vou dizer um nome e um endereço (morada). Depois quero que os repita. Lembre (Recorde) deste nome e endereço (morada), porque daqui a alguns minutos vou pedir que os repita de novo: João Prado, Rua do Comércio 42, Centro. (Permita no máximo 4 tentativas, mas não pontue ainda.)

Orientação Temporal

1. Qual é a data de hoje?

Correto Incorreto

Desenho do Relógio (use blank page)

2. Por favor, desenhe todos os números que indicam as horas de um relógio. (necessário distribuição espacial correta)

3. Por favor, desenhe os ponteiros indicando onze horas e dez minutos. (11:10)

Informação

4. Você pode me contar (Podes dizer-me) alguma coisa que apareceu nos noticiários recentemente? (recentemente = última semana. Se uma resposta geral for dada, como “guerra” ou “muita chuva”, peça detalhes – se ele não conseguir dar detalhes, a resposta deve ser considerada incorreta.)

Evocação

5. Qual era o nome e o (a) endereço (morada) que pedi anteriormente para você lembrar (recordar)?

João

Prado

Rua do Comércio

42

Centro

Pontuação total:

de 9

9 Sem comprometimento cognitivo significativo

Não são necessárias testagens adicionais

5 – 8 Mais informações são necessárias

Proceda com etapa 2

0 – 4 Indicação de comprometimento cognitivo

Conduzir investigações indicadas

Nome do Paciente: _____

Data da avaliação: _____



ETAPA 2: ENTREVISTA COM O INFORMANTE

Nome do informante: _____

Relação ao paciente: _____

Peça o informante:

Comparado com 5–10 anos atrás,

	SIM	NÃO	Não sabe	S/R
1. O(a) paciente tem mais dificuldade para (em) se lembrar de coisas recentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Ele ou ela tem mais dificuldade para (em) se lembrar (de) conversas de (tidas há) alguns dias atrás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ao falar, o(a) paciente tem mais dificuldade para (em) encontrar a palavra certa ou usa palavras erradas mais frequentemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. O(a) paciente está menos capaz de lidar com dinheiro ou gastos financeiros (ex: pagar contas, fazer orçamento)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O(a) paciente está menos capaz de administrar a própria medicação sem precisar de ajuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O(A) paciente precisa de mais ajuda para usar os (andar nos) meios de transporte (públicos ou particulares)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação total:				<input type="checkbox"/> de 6

- 4 – 6 Sem comprometimento cognitivo significativo**
Não são necessárias testagens adicionais
- 0 – 3 Indicação de comprometimento cognitivo**
Conduzir investigações indicadas

Ao se referir a um especialista, mencionar as pontuações individuais para as duas etapas do teste GPCOG:

ETAPA 1 **Avaliação do paciente:** ___ / 9

ETAPA 2 **Entrevista com o informante:** ___ / 6 or N/A