

Modelo de Historias Clínica de Demencia

Historia Clínica de Evaluación del Deterioro Cognitivo:

Fecha de realización:

Nº Historia Clínica:

Nombres y Apellidos:

Fecha de nacimiento

Nº de Teléfono:

Dirección particular:

Edad:

Sexo:

Raza: Negro mestizo Blanco

Zona Rural: Urbana:

Nivel de escolaridad:

Analfabeto.....
Primaria.....
Secundaria.....
Preparatoria (Preuniversitario).....
Normal.....
Profesional (Universitario).....

Estado Civil actual:

Soltero (nunca se ha casado).....

Acompañado (unión libre).....

Casado (casado legalmente).....

Viudo (estuvo casado o acompañado y su cónyuge falleció).....

Divorciado/Separado (estuvo casado o acompañado y la relación terminó).....

Interrogatorio:

- o **Historia de la enfermedad actual:**

Inicio del deterioro cognitivo: brusco, insidioso, No precisa.

Curso de la enfermedad: insidioso y/o progresivo, fluctuante, escalonado.

Tiempo de evolución: <6 meses

Entre 6 meses-2 años

>2 años

No precisa.

Antecedentes familiares (familiares de 1 y 2 grado: padres, hermanos): síndrome demencial. Down. Orden de nacimiento en la fratria.

Antecedentes Personales: traumatismo craneo, enfermedad cardíaca enfer. Hepática o renal crónica; sindr. de mala absorción; diabetes mellitus; trastornos tiroideos; depresión; enf cerebrovascular; HTA; hiperlipemias, cáncer. Edad Menarquia y menopausia (especificar si quirúrgica). Otras:

Estilo de Vida: consumo de alcohol, tabaco; sedentarismo o hiperactividad.

Valoración Nutricional: IMC

Historia Farmacológica: medicamentos y tiempo de exposición.

Exposiciones ambientales: industrias químicas, transfusiones de sangre. Contactos con animales domésticos, ganado, etc

Examen neurológico-clínico: (solo lo positivo)

Déficit Sensitivo_Motor

Screening neurocognitivo inicial:

- o MMSE.

- o Test del Reloj (TRO/TRC).

Evaluación Funcional:

- o Índice de Katz-Lawton:

Cumple los criterios del Síndrome Demencial: Si_ No_

Otras (especificar) _____

Estadía del deterioro cognitivo:

- o Clinical Dementia Rating (CDR):

CDR 0 (Sanos):__

CDR 0,5 (Cuestionable):__

CDR 1 (Leve):__

CDR 2 (Moderada):__

CDR 3 (Grave):__

Normal__ Deterioro Cognitivo Leve__ Pseudodemencia__

Estudios Complementarios:

- Perfil Bioquímico: Hemograma, VSG, Creatinina, Glicemia, Urea, TGO, TGP, lipidograma, hormonales tiroideas, vitamina B12, ácido fólico, VDRL y HIV.
- Electrocardiograma.
- Perfil Diagnóstico por Imágenes: Radiografía de Tórax, tomografía Computarizada Cerebral.
- Perfil Neurofisiológico: Mapeo Cerebral. EEG.

Evaluación Social:

- Sin riesgo social Con riesgo social

Tipo de riesgo social:

- Disfunción familiar. Aislamiento social. Economía insuficiente.
- Escasa red de apoyo. Maltrato. Cuidador anciano.
- Anciano Solo. Ideación Suicida o Intento Suicida.

Riesgo de caídas en el hogar: Alto riesgo Mediano riesgo Poco riesgo

Sobrecarga del cuidador: Sí No

Evaluación psicoafectiva-Conductual:

Neuroinventario psiquiátrico de Cumming

Evaluación Neuropsicológica Compleja:

- NEUROPSI:

Conclusiones finales:

Diagnóstico cognitivo:

Diagnóstico topográfico:

- Cortical Subcortical Cortico-subcortical

Diagnóstico nosológico:

- Posible Probable

- E. Alzheimer Vascular C. Lewys Frontotemporal Mixtas
- Demencia-Parkinson Otras _____

Estadio: Leve Moderado Severo

Diagnóstico conductual- afectivo:

Diagnóstico funcional:

Diagnóstico sociofamiliar:

Recomendaciones:

Consulta de seguimiento:

HISTORIA CLINICA:

Consulta de Manejo del Deterioro Cognitivo:

Fecha de realización:

Nº Historia Clínica:

Nombres y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Nº de Teléfono:

Dirección particular:

Edad:

Sexo:

Raza: Negro__ mestizo__ Blanco__

Zona Rural: Urbana:

Nivel de escolaridad:

- Analfabeto.....
- Primaria.....
- Secundaria.....
- Preparatoria (Preuniversitario).....
- Normal.....
- Profesional (Universitario).....

Estado Civil actual:

- Soltero (nunca se ha casado).....
- Acompañado (unión libre).....
- Casado (casado legalmente).....
- Viudo (estuvo casado o acompañado y su cónyuge falleció).....
- Divorciado/Separado (estuvo casado o acompañado y la relación terminó).....

o Historia de la enfermedad actual:

Inicio del deterioro cognitivo: brusco, Insidioso, No precisa

Curso de la enfermedad: insidioso y/o progresivo, Fluctuante, Escalonado, No precisa.

Tiempo de evolución: 2 -3años__ No precisa

4-5 años__

>6 años__

o Factores de riesgo:

Antecedentes familiares (familiares de 1 y 2 grado: padres, hermanos): síndrome demencial. Down. Orden de nacimiento en la fratría.

Antecedentes Personales: traumatismo cráneo, enfermedad cardíaca; enfer. Hepática o renal crónica; sindr. de mala absorción; cataratas; diabetes mellitus; trastornos tiroideos; anemia; depresión; Enf cerebrovasculares; HTA, hiperlipemias, cáncer.

Edad Menarquia y menopausia (especificar si quirúrgica).

Estilo de Vida: consumo de alcohol, tabaco; sedentarismo o hiperactividad.

Valoración Nutricional: IMC

Historia Farmacológica: medicamentos y tiempo de exposición.

Exposiciones ambientales: industrias químicas, transfusiones de sangre. Contactos con animales domésticos, ganado, etc

Examen neurológico-clínico: (solo lo positivo)

Déficit Sensitivo _Motor

Evaluación Funcional:

o Índice de Katz-Lawton:

Estadaje del deterioro cognitivo:

o Clinical Dementia Rating (CDR):

CDR 2 (Moderada):__

CDR 3 (Grave):__

Evaluación Social:

Sin riesgo social Con riesgo social

Tipo de riesgo social:

Disfunción familiar. Aislamiento social. Economía insuficiente.

Escasa red de apoyo. Maltrato. Cuidador anciano.

Anciano Solo. Ideación Suicida o Intento Suicida.

Riesgo de caídas en el hogar: Alto riesgo Mediano riesgo Poco riesgo

Sobrecarga del cuidador: Sí No

Evaluación psicoafectiva-Conductual:

o Neuroinventario psiquiátrico de Cummings.

CONCLUSIONES:

RESUMEN HISTORIA CLINICA

Consulta de Evaluación y Manejo del Deterioro Cognitivo:

Fecha de realización:

Nº Historia Clínica:

Nombres y Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Dirección particular:

Edad:

Sexo:

Diagnóstico cognitivo:

Diagnóstico nosológico:

Posible

Probable

Estadio:

Leve Moderado Severo

Diagnóstico conductual- afectivo:

Diagnóstico funcional:

Diagnóstico sociofamiliar:

Riesgo de caídas en el hogar:

Alto riesgo

Mediano riesgo

Poco riesgo

Sobrecarga del cuidador:

Sí

No

Recomendaciones: