

PAQUETE DE VISITA DE SEGUIMIENTO BASE DE DATOS UNIFORMES DEL NACC (UDS) — **MÓDULO FTLD**

Formulario B3F: UPDRS Complementaria

Centro: _____ ID del sujeto: _____

Fecha del formulario: ____/____/____ Visita No.: ____ Iniciales del examinador: ____

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico u otro profesional de la salud. Para aclaración y ejemplos adicionales, véase la Guía de Códigos del Módulo FTLD para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario B3F. Marque una sola casilla por pregunta.

| | No a tal grado que se justifique el diagnóstico | Sí – con asimetría | | Sí — sin mayor asimetría |
|--|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| | | I>D | D>I | |
| SECCION A | | | | |
| A1. ¿Tiene el sujeto fasciculaciones de los miembros o del torso consistentes con el diagnóstico de atrofia muscular espinal (AME) o esclerosis lateral amiotrófica (ELA)*? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| A2. ¿Tiene el sujeto debilidad en los miembros y/o hiperreflexia consistente con el diagnóstico de esclerosis lateral primaria (ELP) o ELA*? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| A3. ¿Tiene el sujeto debilidad bulbar y/o fasciculaciones consistentes con un diagnóstico de ELA*? | <input type="checkbox"/> 0 | | | <input type="checkbox"/> 3 |
| SECCION B Problemas de la marcha | | | | |
| B1. Problemas de la marcha — severidad | <input type="checkbox"/> 0 Normal <input type="checkbox"/> 1 Alteración leve en velocidad o cadencia de la marcha <input type="checkbox"/> 2 Camina con dificultad pero no requiere asistencia <input type="checkbox"/> 3 Perturbación severa <input type="checkbox"/> 4 No puede caminar en absoluto <input type="checkbox"/> 8 No se puede examinar (ESPECIFIQUE LA RAZÓN.): _____ | | | |
| B2. Problemas de la marcha — tipo | <input type="checkbox"/> 0 Normal <input type="checkbox"/> 1 Hemiparético (espástico) <input type="checkbox"/> 2 Marcha con pie caído (neurona motora inferior) <input type="checkbox"/> 3 Marcha atáxica <input type="checkbox"/> 4 Marcha parkinsoniana <input type="checkbox"/> 5 Marcha apráxica (“marcha magnética”) <input type="checkbox"/> 6 Marcha antálgica <input type="checkbox"/> 7 Otro trastorno de la marcha no mencionado arriba (ESPECIFIQUE): _____ <input type="checkbox"/> 8 No se puede examinar (ESPECIFIQUE LA RAZÓN.): _____ | | | |

*NOTA: Para los ítems marcados con asterisco, se pueden encontrar definiciones y explicaciones en el Guía de Códigos del Módulo FTLD del Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario B3F.