

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

Formulario E3F: Imágenes en el Diagnóstico

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el médico o el especialista en imágenes que interpreta la imagen. Para clarificación y ejemplos adicionales, véase el Guía de Codificación del Módulo FTLD para el Paquete de Visita de Seguimiento, Formulario E3F. Marque solo una casilla por pregunta.

	No	Sí	Desconocido
1. ¿Se obtuvieron imágenes para uso diagnóstico como parte de esta visita? Si la respuesta es "0 (No)", NO PROCEDA CON EL RESTO DE ESTE FORMULARIO.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
RESONANCIA MAGNÉTICA ESTRUCTURAL			
2. ¿Se realizó una RM estructural? Si "No", PROCEDA A LA PREGUNTA 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
2a. ¿Se detectó atrofia focal (más allá de lo que se puede esperar por edad) en inspección visual? Si "No" o "Desconocido", PROCEDA A LA PREGUNTA 3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
¿Dónde se detectó la atrofia focal?			
2a1. Lóbulo frontal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a2. Lóbulo frontal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a3. Lóbulo temporal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a4. Lóbulo temporal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a5. Lóbulo temporal medial derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a6. Lóbulo temporal medial izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a7. Lóbulo parietal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a8. Lóbulo parietal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a9. Ganglios basales derechos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a10. Ganglios basales izquierdos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
2a11. Otra área del cerebro (especificar abajo): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
FDG-PET			
3. ¿Se realizó una imagen FDG-PET? Si "No", PROCEDA A LA PREGUNTA 4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
3a. ¿Se detectó hipometabolismo focal en inspección visual? Si "No" o "Desconocido", PROCEDA A LA PREGUNTA 4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
¿Dónde se detectó el hipometabolismo focal?			
3a1. Lóbulo frontal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a2. Lóbulo frontal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a3. Lóbulo temporal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a4. Lóbulo temporal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a5. Lóbulo temporal medial derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a6. Lóbulo temporal medial izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a7. Lóbulo parietal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a8. Lóbulo parietal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a9. Ganglios basales derechos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a10. Ganglios basales izquierdos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
3a11. Otra área del cerebro (especificar abajo): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
PET AMILOIDE			
4. ¿Se realizó una imagen de PET amiloide? Si "No", PROCEDA A LA PREGUNTA 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
4a. ¿Se detectó deposición de amiloide en inspección visual? Si "No" o "Desconocido", PROCEDA A LA PREGUNTA 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
¿Dónde se detectó la deposición de amiloide?			
4a1. Lóbulo frontal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a2. Lóbulo frontal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a3. Lóbulo temporal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a4. Lóbulo temporal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a5. Lóbulo temporal medial derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
4a6. Lóbulo temporal medial izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a7. Lóbulo parietal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a8. Lóbulo parietal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a9. Ganglios basales derechos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a10. Ganglios basales izquierdos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
4a11. Otra área del cerebro (especificar abajo): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
CBF SPECT			
5. ¿Se realizó una imagen de CBF SPECT? Si "No", PROCEDA A LA PREGUNTA 6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	
5a. ¿Se detectaron anomalías en inspección visual? Si "No" o "Desconocido", PROCEDA A LA PREGUNTA 6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
¿Dónde se detectaron las anomalías?			
5a1. Lóbulo frontal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a2. Lóbulo frontal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a3. Lóbulo temporal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a4. Lóbulo temporal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a5. Lóbulo temporal medial derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a6. Lóbulo temporal medial izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a7. Lóbulo parietal derecho	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a8. Lóbulo parietal izquierdo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a9. Ganglios basales derechos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a10. Ganglios basales izquierdos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9
5a11. Otra área del cerebro (especificar abajo): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9

	No	Sí	Desconocido
OTRAS IMAGENES			
6. ¿Se realizaron otras imágenes? Si "Sí", especificar: _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	