

NACC UNIFORM DATA SET (UDS)

## **FORMS for Initial Visit Packet**

### **Spanish Module**

Forms B5S, B6S, B7S, C1S

**Version 2.0, February 2008**

NOTE: Version 2 is NOT the most current version of the UDS forms and is no longer used for data submission. For the most current version, please visit <http://www.alz.washington.edu>.

Copyright© 2006, 2008 University of Washington. Created and published by the ADC Clinical Task Force (John C. Morris, MD, Chair) and the National Alzheimer's Coordinating Center (Walter A. Kukull, PhD, Director). All rights reserved.

This publication was funded by the National Institutes of Health through the National Institute on Aging/NIH (Cooperative Agreement U01 AG016976)

**NACC Uniform Data Set (UDS) – Initial Visit Packet**  
**Form B5S: Behavioral Assessment – Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q<sup>1</sup>) (*Spanish module*)**

Center: \_\_\_\_\_ ADC Subject ID: \_\_\_\_\_ Form Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ ADC Visit #: \_\_\_\_\_

**NOTE: This form is to be completed by the clinician or other trained health professional per informant interview, as described by the training video. (This is not to be completed by the subject as a paper-and-pencil self-report.) For information regarding NPI-Q Interviewer Certification, see UDS Coding Guidebook for Initial Visit Packet, Form B5. Check only one box for each category of response.** Examiner's initials: \_\_\_\_\_

Please ask the following questions based upon changes. Indicate "yes" only if the symptom has been present in the past month; otherwise, indicate "no".  
 For each item marked "yes", rate the SEVERITY of the symptom (how it affects the patient):  
 1 = Mild (noticeable, but not a significant change)  
 2 = Moderate (significant, but not a dramatic change)  
 3 = Severe (very marked or prominent; a dramatic change)

		Yes	No		Severity
1. NPI informante: <input type="checkbox"/> 1 Cónyuge <input type="checkbox"/> 2 Hijo(a) <input type="checkbox"/> 3 Otro ( <i>especifique</i> ): _____					
2. DELIRIOS: ¿Cree el paciente que otras personas le están robando o que planean hacerle daño de alguna manera?	2a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		2b. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3. ALUCINACIONES: ¿Actúa el paciente como si oyera voces? ¿Habla el paciente con personas que no están presentes?	3a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		3b. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4. AGITACIÓN O AGRESIVIDAD: ¿Es el paciente terco o testarudo y resiste la ayuda de otros?	4a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		4b. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
5. DEPRESIÓN O DISFORIA: ¿Actúa el paciente como si estuviera triste o con la moral baja? ¿Llora?	5a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		5b. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
6. ANSIEDAD: ¿Se molesta el paciente cuando se separa de usted? ¿Muestra otras señales de nerviosismo, como falta de aire, suspiros, incapacidad de relajarse o sentirse excesivamente tenso?	6a.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		6b. <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

<sup>1</sup> Copyright© Jeffrey L. Cummings, MD. Reproduced by permission.

**NOTE: This form is to be completed by the clinician or other trained health professional per informant interview, as described by the training video. (This is not to be completed by the subject as a paper-and-pencil self-report.) For information regarding NPI-Q Interviewer Certification, see UDS Coding Guidebook for Initial Visit Packet, Form B5. Check only one box for each category of response.**

Please ask the following questions based upon changes. Indicate "yes" only if the symptom has been present in the past month; otherwise, indicate "no".

For each item marked "yes", rate the SEVERITY of the symptom (how it affects the patient):  
 1 = Mild (noticeable, but not a significant change)  
 2 = Moderate (significant, but not a dramatic change)  
 3 = Severe (very marked or prominent; a dramatic change)

	Yes No		Severity		
7. EUFORIA O EXALTACIÓN: ¿Parece el paciente sentirse demasiado bien o actúa excesivamente alegre?	7a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	7b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
8. APATÍA O INDIFERENCIA: ¿Parece el paciente menos interesado en sus actividades habituales y en las actividades y planes de los demás?	8a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	8b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
9. PÉRDIDA DE LA INHIBICIÓN: ¿Parece el paciente actuar impulsivamente? Por ejemplo, habla el paciente con extraños como si los conociera o dice el paciente cosas que podrían herir los sentimientos de los demás.	9a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	9b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
10. IRRITABILIDAD O LABILIDAD: ¿Se muestra el paciente irritable o se impacienta? ¿Tiene el paciente dificultad lidiando con retrasos o esperando por actividades planeadas?	10a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	10b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
11. DISTURBIO MOTOR: ¿Lleva a cabo el paciente actividades repetitivas, como dar vueltas por la casa, jugar con botones, enrollar hilos o hacer otras cosas repetitivamente?	11a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	11b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
12. CONDUCTA NOCTURNA: ¿Lo(a) despierta el paciente durante la noche, se levanta muy temprano por la mañana o toma demasiadas siestas durante el día?	12a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	12b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
13. APETITO Y ALIMENTACIÓN: ¿Ha perdido o aumentado de peso el paciente o ha habido algún cambio en la comida que le gusta?	13a.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	13b.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

**NACC Uniform Data Set (UDS) – Initial Visit Packet**

**Form B6S: Behavioral Assessment – Geriatric Depression Scale (GDS<sup>1</sup>) (*Spanish Module*)**

Center: \_\_\_\_\_ ADC Subject ID: \_\_\_\_\_ Form Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**NOTE: This form is to be completed by the clinician or other trained health professional, based on subject response. For additional clarification and examples, see UDS Coding Guidebook for Initial Visit Packet, Form B6.** ADC Visit #: \_\_\_\_\_  
 Examiner's initials: \_\_\_\_\_  
**Circle only one number per question.**

Check this box and enter "88" below for the Total GDS Score if and only if the subject: 1) does not attempt the GDS, or 2) answers fewer than twelve questions.

**Instruct the subject:** "En la próxima parte de esta entrevista, le voy a hacer unas preguntas sobre sus sentimientos. Algunas de las preguntas que le voy a hacer puede que no le apliquen y algunas podrían hacerle sentir incómodo(a). Para cada pregunta, por favor responda "sí" o "no", dependiendo de cómo usted se haya estado sintiendo **en la última semana, incluyendo el día de hoy.**"

	Yes	No
1. ¿Está usted básicamente satisfecho(a) con su vida?	0	1
2. ¿Ha dejado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se aburre usted a menudo?	1	0
5. ¿Está usted con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le va a pasar?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente incapaz a menudo?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en su casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que las demás personas?	1	0
11. ¿Cree usted que es maravilloso estar vivo(a) en este momento?	0	1
12. ¿Se siente inútil de la manera en que está en este momento?	1	0
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación no tiene remedio?	1	0
15. ¿Piensa que la mayoría de las personas están en mejores condiciones que usted?	1	0
16. <b>Sum all circled answers for a Total GDS Score</b>	(maximum score = 15) (did not complete = 88)	— —

<sup>1</sup> Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention 165-173, NY: The Haworth Press, 1986. Reproduced by permission of the publisher.

**NACC Uniform Data Set (UDS) – Initial Visit Packet**  
**Form B7S: Functional Assessment – Functional Assessment Questionnaire (FAQ<sup>1</sup>) (*Spanish Module*)**

Center: \_\_\_\_\_ ADC Subject ID: \_\_\_\_\_ Form Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ADC Visit #: \_\_\_\_\_

**NOTE: This form is to be completed by the clinician or other trained health professional, based on information provided by informant. For additional clarification and examples, see UDS Coding Guidebook for Initial Visit Packet, Form B7. Indicate the level of performance for each activity by circling the one appropriate response.** Examiner's initials: \_\_\_\_\_

En las últimas cuatro semanas, ha tenido el paciente alguna dificultad o ha necesitado ayuda con:	No aplica (por ejemplo, nunca lo ha hecho)	Normal	Con dificultad, pero lo hace por sí mismo(a)	Requiere ayuda	Depende totalmente de otros
1. Hacer cheques, pagar las cuentas o llevar un balance correcto en su chequera.	8	0	1	2	3
2. Organizar los documentos para la declaración de impuestos, los asuntos de negocio u otro tipo de documento.	8	0	1	2	3
3. Hacer compras solo(a) (por ejemplo, comprar ropa, cosas para la casa o alimentos).	8	0	1	2	3
4. Participar en juegos de destreza como jugar cartas o canasta, ajedrez o trabajar en un pasatiempo.	8	0	1	2	3
5. Calentar agua, preparar una taza de café, apagar la estufa.	8	0	1	2	3
6. Preparar una comida balanceada.	8	0	1	2	3
7. Estar al tanto de las noticias.	8	0	1	2	3
8. Prestar atención y entender un programa de la televisión, un libro o una revista.	8	0	1	2	3
9. Recordar las citas, los eventos familiares, los días de fiesta, las medicinas.	8	0	1	2	3
10. Viajar fuera de su vecindario, manejar un automóvil o planear un viaje usando transporte público.	8	0	1	2	3

<sup>1</sup> Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, et al. Measurement of functional activities of older adults in the community. *J Gerontol* 37:323-9, 1982. Copyright© 1982. The Gerontological Society of America. Reproduced by permission of the publisher.



**NACC Uniform Data Set (UDS) – Initial Visit Packet**  
**Form C1S: MMSE and Neuropsychological Battery (*Spanish Module*)**

Center: \_\_\_\_\_ ADC Subject ID: \_\_\_\_\_ Form Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**NOTE: This form is to be completed by ADC or clinic staff. For test administration and scoring, see UDS Coding Guidebook for Initial Visit Packet, Form C1.** ADC Visit #: \_\_\_\_\_

Examiner's initials: \_\_\_\_\_

**KEY:** If the subject cannot complete any of the following exams, please use the following codes for test scores (except for the Trail Making Test):

- |                                 |                     |
|---------------------------------|---------------------|
| 95 = Physical problem           | 97 = Other problem  |
| 96 = Cognitive/behavior problem | 98 = Verbal refusal |

1. Mini-Mental State Examination			
1a. The administration of the MMSE was:	<input type="checkbox"/> 1 In ADC/ clinic	<input type="checkbox"/> 2 In home	<input type="checkbox"/> 3 In person–other
1) Language of MMSE administration:	<input type="checkbox"/> 1 English	<input type="checkbox"/> 2 Spanish	<input type="checkbox"/> 3 Other ( <i>specify</i> ): _____
1b. Orientation subscale score			
1) Time:	___	(0–5) see Key	
2) Place:	___	(0–5) see Key	
1c. Intersecting pentagon subscale score:	___	(0–1) see Key	
1d. Total MMSE score (using O-D-N-U-M)	___	(0–30) see Key	

2. The remainder of the battery (below) was administered:	<input type="checkbox"/> 1 In ADC/ clinic	<input type="checkbox"/> 2 In home	<input type="checkbox"/> 3 In person–other
2a. Language of test administration:	<input type="checkbox"/> 1 English	<input type="checkbox"/> 2 Spanish	<input type="checkbox"/> 3 Other ( <i>specify</i> ): _____

3. Logical Memory IA – Immediate	
3a. If this test has been administered to the subject within the past 3 months, specify the date previously administered:	___/___/___ (88/88/8888 = N/A)
1) Total score from the previous test administration:	___ (0–25; 88 = N/A)
3b. Total number of story units recalled from this current test administration:	___ (0–25) see Key
4. Digit Span Forward	
4a. Total number of trials correct prior to two consecutive errors at the same digit length:	___ (0–12) see Key
4b. Digit span forward length:	___ (0–8) see Key

**NOTE: This form is to be completed by ADC or clinic staff. For test administration and scoring, see UDS Coding Guidebook for Initial Visit Packet, Form C1.** ADC Visit #: \_\_\_\_\_

<b>5. Digit Span Backward</b>		
5a. Total number of trials correct prior to two consecutive errors at the same digit length:	__ __	(0-12) <i>see Key</i>
5b. Digit span backward length:	__ __	(0-7) <i>see Key</i>
<b>6. Category Fluency</b>		
6a. Animals – Total number of animals named in 60 seconds:	__ __	(0-77) <i>see Key</i>
6b. Vegetables – Total number of vegetables named in 60 seconds:	__ __	(0-77) <i>see Key</i>

KEY 2: If necessary, use the following codes for the Trail Making Test only:		
995 = Physical problem	997 = Other problem	
996 = Cognitive/behavior problem	998 = Verbal refusal	
<b>7. Trail Making Test</b>		
7a. Part A–Total number of seconds to complete (if not finished by 150 seconds, enter 150):	__ __ __	(0-150) <i>see Key 2</i>
1) Number of commission errors	__ __	(0-40)
2) Number of correct lines	__ __	(0-24)
7b. Part B–Total number of seconds to complete (if not finished by 300 seconds, enter 300):	__ __ __	(0-300) <i>see Key 2</i>
1) Number of commission errors	__ __	(0-40)
2) Number of correct lines	__ __	(0-24)

<b>8. WAIS-R Digit Symbol</b>		
8a. Total number of items correctly completed in 90 seconds:	__ __	(0-93) <i>see Key</i>
<b>9. Logical Memory IIA – Delayed</b>		
9a. Total number of story units recalled:	__ __	(0-25) <i>see Key</i>
9b. Time elapsed since Logical Memory IA – Immediate:	__ __	(0-85 minutes) (88 = N/A) (99 = Unknown)
<b>10. Boston Naming Test (30 items – Spanish)</b>		
10a. Total score:	__ __	(0-30) <i>see Key</i>

**Check only one box below:**

<b>11. Overall Appraisal</b>		
11a. Based on the UDS neuropsychological examination, the subject’s cognitive status is deemed:	<input type="checkbox"/> 1 Better than normal for age	<input type="checkbox"/> 4 Three or more scores are abnormal or lower than expected
	<input type="checkbox"/> 2 Normal for age	<input type="checkbox"/> 0 Clinician unable to render opinion
	<input type="checkbox"/> 3 One or two test scores abnormal	