

NACC UNIFORM DATA SET (UDS)

## **FORMS for Telephone Follow-up Packet**

### **Spanish Module**

Forms B5S, B7S

**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© 2011. 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)  
 Telephone Follow-up Form B5S: Behavioral Assessment –(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 Telephone Follow-up 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 Telephone Follow-up 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)  
 Telephone Follow-up Form B7S: 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 Telephone Follow-up 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.