

Formulario Z1X: Lista de verificación de formularios

Centro: _____ ID del sujeto: _____

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

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por el personal clínico.

El NACC espera que todos los formularios UDS se administren a todos los sujetos evaluados, pero entendemos que esto puede ser imposible cuando el sujeto está en estado terminal, cuando no hay informante, o por otras razones. Se requiere una explicación abajo para los formatos no presentados.

UDS

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		Si no se presentó, especifique razón (ver clave, abajo)
	Inglés	Español		Sí	No	
T1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Formulario de Inclusión			Requerido
A1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Información Demográfica del Sujeto			Requerido
A2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Información Demográfica del Informante			Requerido
A3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Familiar del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
A4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Medicamentos del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	CDR® con NACC FTLD			Requerido
B5	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL NPI-Q	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B6	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN CONDUCTUAL GDS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B7	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EVALUACIÓN FUNCIONAL NACC FAS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
B9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Juicio Clínico de los Síntomas			Requerido
C2T	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Puntajes Sumarios de la Batería Neuropsicológica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	— —
D1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Diagnóstico Clínico			Requerido
D2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Condiciones Médicas Evaluadas Clínicamente			Requerido

CLS

Formulario	Idioma:		Descripción	Presentado:		
	Inglés	Español		Sí	No	
CLS	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Historia Lingüística del Sujeto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	Presentar una vez

CLAVE: Si el formulario especificado no se completó, por favor asigne uno de los siguientes códigos:

- 95 = Problema físico
- 96 = Problema cognitivo/conductual
- 97 = Otro problema
- 98 = Rechazo verbal