

Roteiro Pré-Consulta: avaliação de memória e cognição

Para imprimir e preencher, em família, antes da consulta. O relato de quem convive com a pessoa é fundamental para a avaliação. Envie ao consultório antes do atendimento ou entregue na recepção.

1. Informações básicas

Nome completo: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ anos

Parentesco do acompanhante: _____

Com quem mora atualmente? _____

2. Linha do tempo e início dos sintomas

Quando os esquecimentos ou mudanças começaram a ser notados?

- ☐ Menos de 3 meses
- ☐ De 3 a 6 meses
- ☐ De 6 meses a 1 ano
- ☐ Há mais de 1 ano (aproximadamente _____ anos)

Como foi o início?

- ☐ **Gradual:** foi acontecendo aos poucos, quase imperceptível no início.
- ☐ **Súbito:** de um dia para o outro ou após um evento (cirurgia, luto, internação, AVC).

A evolução ao longo do tempo tem sido:

- ☐ Estável (igual ao início)
- ☐ Piora progressiva e lenta
- ☐ Piora rápida em poucos meses
- ☐ Oscilante (dias muito bons alternados com dias muito ruins)

Atenção: perda de memória ou confusão instalada em horas ou poucos dias, ou com fraqueza no corpo ou alteração na fala, é urgência. Não espere a consulta: procure atendimento agora (SAMU 192).

3. Sinais observados no dia a dia

Marque os que você observa com frequência.

Memória e comunicação

- ☐ Repete a mesma pergunta ou frase várias vezes no mesmo dia.
- ☐ Esquece compromissos, recados ou acontecimentos recentes.
- ☐ Perde objetos ou os guarda em locais incomuns (ex.: chave na geladeira).
- ☐ Tem dificuldade de encontrar palavras conhecidas ("dá branco").
- ☐ Confunde nomes de familiares próximos ou datas importantes.

Orientação e atividades práticas

- ☐ Desorienta-se quanto ao dia da semana, mês ou ano.
- ☐ Perdeu-se ou ficou confuso em trajetos conhecidos.
- ☐ Tem dificuldade com aparelhos da casa (TV, fogão, micro-ondas, celular).
- ☐ Erra ao manusear dinheiro, troco ou pagamentos (rua, banco).
- ☐ Esquece ou confunde horários e doses dos remédios habituais.

Humor e comportamento

- ☐ Ficou apático, sem interesse no que antes gostava.
- ☐ Ficou mais irritado, impaciente ou agressivo sem motivo aparente.
- ☐ Tem desconfianças infundadas (ex.: acha que está sendo roubado).
- ☐ Troca o dia pela noite ou acorda muito confuso na madrugada.
- ☐ Mudanças importantes no sono ou na alimentação.

4. Autonomia atual (impacto funcional)

Quanto de ajuda a pessoa precisa hoje para cada tarefa?

Atividade	Faz sozinho	Precisa de lembrete ou ajuda	Não consegue mais
Tomar remédios nos horários	☐	☐	☐
Cuidar do dinheiro e das contas	☐	☐	☐
Cozinhar e usar o fogão	☐	☐	☐
Fazer compras de mercado	☐	☐	☐
Higiene pessoal e banho	☐	☐	☐
Vestir-se adequadamente	☐	☐	☐

5. Histórico médico e medicamentos

Medicamentos em uso diário (traga as caixas ou as receitas atuais):

Usa remédio para dormir, ansiedade ou dor forte? ☐ Não ☐ Sim.

Qual?

Condições de saúde já diagnosticadas:

- ☐ Pressão alta
- ☐ Diabetes
- ☐ Problemas na tireoide
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Depressão ou ansiedade
- ☐ AVC ou derrame prévio
- ☐ Problemas de audição ou visão não corrigidos

6. Exemplos concretos para contar ao médico

Escreva, em poucas linhas, 1 ou 2 episódios recentes que motivaram a consulta.

Episódio 1

Episódio 2
