

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____



ETAPA 1 – EXAMEN DEL PACIENTE

Cada pregunta debe hacerse una sola vez, a no ser que se especifique lo contrario.

Nombre y dirección para hacer una prueba de recuperación de memoria

Le voy a dar un nombre y una dirección. Después de decirlo, quiero que lo repita. Recuerde este nombre y dirección porque se lo volveré a preguntar en algunos minutos: Juan Díaz, calle Mayor 42, Soria. (Permitir hasta 4 ensayos, pero no puntuar todavía.)

Orientación en tiempo

1. ¿Qué fecha es? (respuesta exacta)

Correcto Incorrecto

Dibujar un reloj (emplear un círculo en el reverse de esta página)

2. Por favor marque/dibuje todos los números que indican las horas de un reloj. (espaciado correcto)
3. Por favor marque/ dibuje las agujas/manecillas que indican las 11 y las 10.

Información

4. ¿Puede usted decirme alguna noticia reciente? (Reciente = de la última semana. Ante una respuesta inespecífica, como "guerra", "mucho lluvia", pedir más información. Solamente las respuestas específicas son correctas.)

Memoria

5. ¿Cuál es el nombre y la dirección que le pedí que recordará?

Juan

Díaz

Mayor (calle)

42

Soria

Añadir las respuestas correctas:

Resultado:

de los 9

- 9 No hay deterioro cognitivo observable**
No es necesario conducir investigaciones o estudios estándares
- 5 – 8 Mas información es necesaria**
Proceda con la etapa 2: entrevistar al familiar o cuidador
- 0 – 4 Se indica deterioro cognitivo**
Conduzca investigaciones o estudios estándares

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____



ETAPA 2 – ENTREVISTA AL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombre del informador: _____

Relación con el paciente: _____

Haga las siguientes preguntas:

Comparado a hace 5–10 años,

	SI	NO	No sabe	N/A
1. ¿Tiene el paciente más dificultades para recordar hechos recientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. ¿Tiene el paciente más dificultades para recordar conversaciones que han tenido lugar en los días previos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Cuando habla ¿tiene el paciente más dificultades para encontrar la palabra adecuada, o se equivoca con las palabras mas a menudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. ¿Es el paciente menos capaz de manejar el dinero y los asuntos económicos (p.ej. pagar los recibos, hacer un presupuesto)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Es el paciente menos capaz de manejar su medicación de forma independiente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Necesita el paciente más asistencia para desplazarse (en transporte público o privado)? (Si el paciente experimenta dificultades debido a problemas físicos p.ej. un problema en la pierna, marque 'NO'.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Añadir las respuestas 'NO', 'No sabe' o 'N/A (no aplicable)':

Resultado: de los 6

4 – 6 No hay deterioro cognitivo observable
No es necesario conducir investigaciones

0 – 3 Se indica deterioro cognitivo
Conduzca investigaciones o estudios estándares

Al ser referido a un especialista, cita los dos resultados de cada etapa del GPCOG:

ETAPA 1 Examen del paciente: ___ / 9

ETAPA 2 Entrevista al informador: ___ / 6 o N/A