

**CASE RECORD FORM**

**"A case control study on the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on cognition and its association with pleotropic proteins, oxidative stress and inflammatory mediators in patients with dementia."**

**Study Site:** Department of Neurology & Psychiatry, ABVIMS & Dr RML Hospital, New Delhi-110001

<b>A. Patient information</b>			
1. Subject initial			
2. Subject ID/ Subject Number	SUB.....		
3. Date of Birth/Age			
4. Gender	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female	
5. Years of education (Patient)	<input type="checkbox"/> Illiterate	<input type="checkbox"/> Primary	<input type="checkbox"/> Graduate
	<input type="checkbox"/> Secondary	<input type="checkbox"/> Post-graduate	
6. Employment status:	<input type="checkbox"/> Unemployed	<input type="checkbox"/> Self-employed	
	<input type="checkbox"/> Retired	<input type="checkbox"/> Govt. /Pvt. Service	
7. Smoking status	<input type="checkbox"/> Non-smoker	<input type="checkbox"/> Occasional smoker	
	<input type="checkbox"/> Smoker		
8. Alcohol consumption	<input type="checkbox"/> Non-alcoholic	<input type="checkbox"/> Occasional drinker	
	<input type="checkbox"/> Alcoholic		
9. Total number of members in family			
10. Primary caregiver	Any Family member	Nurse	Hired help

<b>B. Caregiver information</b>		
1. Caregiver Initial		
2. Date of Birth/Age		
3. Gender	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
4. Years of education (Caregiver)		
5. Relationship with the patient		
6. Date of Informed Consent		ICF NO.- ICF //.....

**C. Disease description**

1. Condition of the disease	<input type="checkbox"/> Mild	<input type="checkbox"/> Moderate	<input type="checkbox"/> Severe
2. Duration of illness (Dementia)			
3. Duration of Treatment			
4. Type of dementia	<input type="checkbox"/> AD	<input type="checkbox"/> VD	<input type="checkbox"/> Frontotemporal
	<input type="checkbox"/> LBD	<input type="checkbox"/> PD	<input type="checkbox"/> other/unidentified
5. Is the patient having any comorbid condition?	Yes   No   Unknown		

**D. Comorbidities**

**Diabetes**      Yes       No

Duration of illness (months): .....Duration of treatment (months): .....

**Medication for diabetes:**

**Hypertension**      Yes       No

Duration of illness (months): .....Duration of treatment (months):.....

**Medication for hypertension:**

**Dyslipidemia**      Yes       No

Duration of illness (months):.....Duration of treatment (months):.....

Medication:

**Coronary heart disease**      Yes       No

Duration of illness (months):.....Duration of treatment (months):.....

Medication:

**Any other(mention):** .....

Duration of illness (months):.....Duration of treatment (months):.....

Medication:

**E. Physical health parameters:**

Height (cm):.....Weight(Kg):.....BMI (Kg/m<sup>2</sup>):.....Blood pressure: .....

**F. Cognitive function scores**

1. MoCA:..... 2. CDR:..... 3. GDS:..... 4. EASI:.....

**G. MRI details (if available):**

<b>Deep white matter lesions</b>	<b>Date of MRI:</b>
i) Grade 0 (absence): .....	ii) Grade 1 (solitary, punctate foci): .....
ii) Grade 2 (early aggregation of Foci): .....	iv) Grade 3 (large confluent foci): .....
<b>Periventricular hyperintensity (PVH)</b>	
i) Grade 0 (absence): .....	ii) Grade 1 (caps or pencil-thin linings): .....
iii) Grade 2 (halos): .....	iv) Grade 3 (irregular PVH extending into the DWM): .....

**H. Details on supplements**

- i) Vitamin D: ..... ii) Vitamin B12: ..... iii) Folic acid: ..... iv) Multi-vitamin.....  
v) Any other:.....

**I. SSRI dose details (Medication exposure measures)**

S.NO.	Drug name	Duration of treatment	Dosage of drug	Total medication dose per prescription fill (tablet strength x number of tablets)	Standard daily dose (SDD)
1.					
2.					
3.					
4.					

**J. Blood test details**

Blood sample collected Yes      No	Date of sample collection (DD/MM/YY):	Vial number:
Klotho	Date of sample assessment (DD/MM/YY):	Result:
ADAM-10	Date of sample assessment (DD/MM/YY):	Result:
SOD-1	Date of sample assessment (DD/MM/YY):	Result:
MDA	Date of sample assessment (DD/MM/YY):	Result:
IL-8	Date of sample assessment (DD/MM/YY):	Result:
IL-10	Date of sample assessment (DD/MM/YY):	Result:
Flotillin	Date of sample assessment (DD/MM/YY):	Result:

**K. Other laboratory parameters:****Date of test:**

- i) 25 Vit D (ng/mL):..... ii) HbA1c (%):..... iii) Vit B12:.....
- iv) Total cholesterol (mg/dL):..... v) HDL (mg/dL):..... vi) LDL (mg/dL):.....
- vi) Calcium (mg/dL):..... viii) hs-CRP (mg/L):..... ix) Homocystine.....

**Any other test(specify)**

**LIST OF INSTRUMENTS**

<b>Equipment available with</b>	<b>Generic Name of Equipment</b>	<b>Model/Make/year of purchase</b>
PI and group	2mlh magnetic stirrer remi	m/s international scientific instrument co 26.03.2014
	Digital pH meter	Khera
	Centrifuge	
	Vortex mixer	
Central Instrumentation Facility	ELISA Reader	Boster Biological Technology Co., Ltd, CA, USA
	UV-VIS Spectrophotometer, A20	
	Ultracentrifuge LE80	
Other facilities	Nanodrop Spectrophotometer	Thermo Scientific, Waltham, MA, USA
	ELISA kits	
	-80 degree storage	

Signature of Supervisor

Dr. Nidhi Agarwal  
Assistant Professor

Dr. Nidhi B. Agarwal  
Assistant Professor  
Jamia Hamdard  
Center for Translational and Clinical Research  
School of Chemical and Life Sciences  
Jamia Hamdard, New Delhi-110962

## Clinical Dementia Rating Questionnaire

This is a questionnaire which provides a basic set of questions to guide the interview. Please ask all of these questions. Ask any additional questions necessary to determine the patient's clinical dementia rating (CDR). Please note information from the additional questions.

### Questions for the Informant (person close to the patient) about the Patient's Memory:

1. Does he/she have a problem with his/her memory or thinking?  Yes  No
- 1a. If yes, is this a regular problem (as opposed to irregular)?  Yes  No
2. Can he/she recall recent events?  Usually  Sometimes  Rarely
3. Can he/she remember a short list of items (shopping)?  Usually  Sometimes  Rarely
4. Has there been some worsening of memory during the past year?  Yes  No
5. Is his/her memory worsened to such a degree that it would have interfered with his/her activities of daily life a few years ago (or pre-retirement activities)? (informant's opinion)  Yes  No
6. Does he/she completely forget a major event (e.g., trip, celebration, family wedding) within a few weeks of the event?  Usually  Sometimes  Rarely
7. Does he/she forget relevant details of the major event?  Usually  Sometimes  Rarely
8. Does he/she completely forget important information of the distant past (e.g., birthdate, wedding date, workplace)?  Usually  Sometimes  Rarely
9. Tell me about some recent event in his/her life that he/she should remember. (For later testing, obtain details such as location of the event, time of day, participants, how long the event was, when it ended and how the patient or other participants got there).

Within 1 week:

---

Within 1 month:

---

10. When was he/she born? \_\_\_\_\_
11. Where was he/she born? \_\_\_\_\_
12. What was the last school he/she attended? \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_  
Place \_\_\_\_\_  
Grade \_\_\_\_\_
13. What was his/her main occupation/job (or spouse's job if patient was not employed)? \_\_\_\_\_
14. What was his/her last major job (or spouse's job if patient was not employed)? \_\_\_\_\_
15. When did he/she (or spouse) retire and why? \_\_\_\_\_

## Clinical Dementia Rating Questionnaire

### Questions for the Informant about Patient's Orientation:

How often does he/she know of the exact:

1. Date of the Month?

Usually     Sometimes     Rarely     Don't Know

2. Month?

Usually     Sometimes     Rarely     Don't Know

3. Year?

Usually     Sometimes     Rarely     Don't Know

4. Day of the Week?

Usually     Sometimes     Rarely     Don't Know

5. Does he/she have difficulty with time relationships (when events happened in relation to each other)?

Usually     Sometimes     Rarely     Don't Know

6. Can he/she find his/her way in familiar streets?

Usually     Sometimes     Rarely     Don't Know

7. How often does he/she know how to get from one place to another outside his/her neighborhood?

Usually     Sometimes     Rarely     Don't Know

8. How often can he/she find his/her way around the house?

Usually     Sometimes     Rarely     Don't Know

## Clinical Dementia Rating Questionnaire

### Questions for the Informant about Patient's Judging and Problem Solving ability:

1. In general, if you had to rate his/her abilities to solve problems at the present time, would you consider them:

- As good as they have ever been?
- Good, but not as good as before?
- Fair?
- Poor?
- No ability at all?

2. Rate his/her ability to cope with small sums of money (e.g., make change, leave a small tip):

- No loss
- Some loss
- Severe loss

3. Rate his/her ability to maintain the expenses account of the household (e.g., balance check-book, pay bills):

- No loss
- Some loss
- Severe loss

4. Can he/she handle a household emergency (e.g., plumbing leak, small fire)?

- As well as before
  - Worse than before because of trouble thinking
  - Worse than before, another reason (why) \_\_\_\_\_
- 
- 

5. Can he/she understand situations or explanations?

- Usually
- Sometimes
- Rarely
- Don't Know

6. Does he/she behave\* appropriately [i.e., "the way he/she used to behave before the onset of his/her disease"] in social situations and interactions with other people?

- Usually
- Sometimes
- Rarely
- Don't Know

\*This item rates behaviour, not appearance.

## Clinical Dementia Rating Questionnaire

### Questions for the Informant about Patient's Outer Activities:

#### Occupational

1. Is the patient still working?  Yes  No  N/A  
If not applicable, proceed to item 4  
If yes, proceed to item 3  
If no, proceed to item 2
  
2. Did memory or thinking problems contribute to the patient's decision to retire? (Question 4 is next)  Yes  No  D/K
  
3. Does the patient have significant difficulty in his/her job because of problems with memory or thinking?  
 Rarely or Never     Sometimes     Usually     Don't Know

#### Social

4. Did he/she ever drive a car/ a two wheeler?  Yes  No  
Does the patient drive a car/ a two wheeler now?  Yes  No  
If no, is this because of memory or thinking problems?  Yes  No
  
5. If he/she is still driving, are there problems or risks because of poor thinking?  Yes  No
  
- \*6. Is he/she able to independently shop for needs?  

<input type="checkbox"/> Rarely or Never (Needs to be accompanied on any shopping trip)	<input type="checkbox"/> Sometimes (Shops for limited number of items; buys duplicate items or forgets needed items)	<input type="checkbox"/> Usually	<input type="checkbox"/> Don't Know
--	---	----------------------------------	-------------------------------------
  
7. Is he/she able to independently carry out activities outside the home?  

<input type="checkbox"/> Rarely or Never (Generally unable to perform activities without help)	<input type="checkbox"/> Sometimes (Limited and/or routine, e.g., superficial participation in religious activities or meetings; going to the beauty parlor / barber)	<input type="checkbox"/> Usually (Meaningful participation in activities, e.g., voting)	<input type="checkbox"/> Don't Know
---	--	--	-------------------------------------
  
8. Is he/she taken to social functions outside a family home?  Yes  No  
If no, why not? \_\_\_\_\_
  
9. Would a casual observer of the patient's behavior think the patient was ill?  Yes  No
  
10. If in nursing home, does he/she participate well in social functions (thinking)?  Yes  No

#### IMPORTANT:

Is there enough information available to rate the patient's level of worsening in outer activities?

**If not, please probe further.**

Outer activities: Such as going to places of worship, visiting with friends or family, political activities, professional organizations such as associations of lawyers, other professional groups, social clubs, service organizations, educational programs.

**\*Please add notes if needed to clarify patient's level of functioning in this area.**

## Clinical Dementia Rating Questionnaire

### Questions for the Informant about Patient's Housework and Hobbies:

- 1a. What changes have occurred in his/her abilities to perform household tasks? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 1b. What can he/she still do well? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2a. What changes have occurred in his/her abilities to perform hobbies? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 2b. What can he/she still do well? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. If in nursing home, what can he/she no longer do well (Housework and Hobbies)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Everyday Activities (Blessed Dementia scale):

	No Worsening	Severe Worsening
4. Ability to perform household tasks	0	0.5 1

Please describe: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Is he/she able to perform household tasks at the level of  
(Pick one. Informant does not need to be asked directly).

- No meaningful function?  
(Performs simple activities, such as making a bed, only with much supervision)
- Functions in limited activities only?  
(With some supervision, washes dishes with acceptable cleanliness; sets table)
- Functions independently in some activities?  
(Operates appliances, such as a stove/cooker; prepares simple meals)
- Functions in usual activities but not at usual level?
- Normal function in usual activities?

### IMPORTANT:

Is there enough information available to rate the patient's level of worsening in HOUSEWORK & HOBBIES?  
**If not, please probe further.**

Homemaking Tasks: Such as cooking, laundry, cleaning, grocery shopping, taking out garbage, yard work, simple maintenance, and basic home repair.

Hobbies: Sewing, painting, handicrafts, reading, entertaining, photography, gardening, going to theater or music concerts, woodworking, participation in sports.

## Clinical Dementia Rating Questionnaire

### Questions for the Informant about Patient's Personal Care:

\*What is your estimate of his/her mental ability in the following areas?

	Unaided	Occasionally buttons up wrongly, etc.	Wrong sequence commonly forgotten items (Forgets to wear underwear, etc)	Unable to dress
A. Dressing (Blessed Dementia Care)	0	1	2	3
	Unaided	Needs prompting	Sometimes needs help	Always or nearly always needs help
B. Washing, grooming	0	1	2	3
	Cleanly; proper utensils	Messily; spoon	Simple solids	Has to be fed completely
C. Eating habits	0	1	2	3
	Normal complete control	Occasionally wets bed	Frequently wets bed	Doubly uncontrollable
D. Control of bladder and bowel (Blessed Dementia Care)	0	1	2	3

\* A box-score of 1 can be considered if the patient's hygiene is worse than before, even if they do not receive prompting.

## Clinical Dementia Rating Questionnaire

### Questions for the Patient about Memory:

1. Do you have problems with memory or thinking?  Yes  No
2. A few moments ago your (spouse, etc.) told me a few recent experiences you had. Will you tell me something about those? (Prompt for details, if needed such as location of the event, time of day, participants, how long the event was, when it ended and how the patient or other participants got there).

Within 1 week

1.0 – Largely correct

0.5

0.0 – Largely incorrect

Within 1 month

1.0 – Largely correct

0.5

0.0 – Largely incorrect

3. I will give you a name and address to remember for a few minutes. Repeat this name and address after me: (Repeat until the phrase is correctly repeated or to a maximum of three trials).

Elements	1	2	3	4	5
	Joseph	Raj,	42	Market Street,	Chennai
	Joseph	Raj,	42	Market Street,	Chennai
	Joseph	Raj,	42	Market Street,	Chennai

(Underline elements repeated correctly in each trial).

4. When were you born? \_\_\_\_\_

5. Where were you born? \_\_\_\_\_

6. What was the last school you attended?

Name \_\_\_\_\_

Place \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

7. What was your main occupation/ job (or spouse's if not employed)? \_\_\_\_\_

8. What was your last major job (or spouse's if not employed)? \_\_\_\_\_

9. When did you (or spouse) retire and why? \_\_\_\_\_

10. Repeat the name and address I asked you to remember:

Elements	1	2	3	4	5
	Joseph	Raj,	42	Market Street,	Chennai

(Underline elements repeated correctly).

## Clinical Dementia Rating Questionnaire

### Questions for the Patient about Orientation:

Record the patient's answer word to word, for each question:

1. What is the date today?

Correct  Incorrect

\_\_\_\_\_

2. What day of the week is it?

Correct  Incorrect

3. What is the month?

Correct  Incorrect

\_\_\_\_\_

4. What is the year?

Correct  Incorrect

5. What is the name of this place?

Correct  Incorrect

\_\_\_\_\_

6. What town or city are we in?

Correct  Incorrect

7. What time is it?

Correct  Incorrect

\_\_\_\_\_

8. Does the patient know who the informant is (in your judgment)?

Correct  Incorrect

## Clinical Dementia Rating Questionnaire

### Questions for the Patient about Judging and Problem Solving ability:

Instructions: If initial response by patient does not merit a grade 0, press the matter to identify the patient's best understanding of the problem. Circle nearest response.

#### Similarities:

Example: "How are a pencil and a pen alike? (writing instruments)

- |                              |                    |
|------------------------------|--------------------|
| How are these things alike?" | Patient's Response |
|------------------------------|--------------------|
1. turnip.....cauliflower \_\_\_\_\_  
(0 = vegetables)  
(1 = edible foods, living things, can be cooked, etc.)  
(2 = answers not relevant; differences; buy them)
  
  2. desk.....bookcase \_\_\_\_\_  
(0 = furniture, office furniture; both hold books)  
(1 = wooden, legs)  
(2 = not relevant, differences)

#### Differences:

Example: "What is the difference between sugar and pickle? (sweet vs. sour)

What is the difference between these things?"

3. lie.....mistake \_\_\_\_\_  
(0 = one deliberate, one unintentional)  
(1 = one bad the other good – or explains only one)  
(2 = anything else, similarities)
  
4. river.....canal \_\_\_\_\_  
(0 = natural - artificial)  
(2 = anything else)

#### Calculations:

5. How many 5 paise in a rupee?  Correct  Incorrect
  
6. How many 25 paise in Rs.6.75?  Correct  Incorrect
  
7. Subtract 3 from 20 and keep subtracting 3 from each new number all the way down.  Correct  Incorrect

#### Judgment:

8. Upon arriving in a strange city, how would you locate a friend that you wished to see?  
(0 = try the telephone book, go to the municipality for a directory; call a mutual friend)  
(1 = call the police, call operator (usually will not give address))  
(2 = no clear response)
  
9. Patient's assessment of disability and social position and understanding of why he/she is present at the examination (even if it was already rated, give your personal opinion):

Good Insight       Partial Insight       Little Insight

## CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR):	0	0.5	1	2	3
------------------------------------	---	-----	---	---	---

	Worsening				
	None 0	Questionable 0.5	Mild 1	Moderate 2	Severe 3
Memory	No memory loss or slight irregular forgetfulness	Regular slight forgetfulness; partial recollection of events; "harmless" forgetfulness	Moderate memory loss; more marked for recent events; deficit interferes with everyday activities	Severe memory loss; only highly learned material retained; new material rapidly lost	Severe memory loss; only fragments remain
Orientation	Fully oriented	Fully oriented except for slight difficulty with time relationships	Moderate difficulty with time relationships; oriented for place at examination; may have geographic disorientation elsewhere	Severe difficulty with time relationships; usually disoriented to time, often to place	Oriented to self only
Judgment & Problem Solving ability	Solves everyday problems & handles business & financial affairs well; judgment good in relation to past performance	Slight worsening in solving problems, similarities, and differences	Moderate difficulty in handling problems, similarities, and differences; social judgment usually maintained	Severely worsened in handling problems, similarities, and differences; social judgment usually worsened	Unable to make judgments or solve problems
Outer activities	Independent function at usual level in job, shopping, volunteer and social groups	Slight worsening in these activities	Unable to function independently at these activities although may still be engaged in some; appears normal at casual glance	No pretense of independent function outside home  Appears well enough to be taken to functions outside a family home	Appears too ill to be taken to functions outside a family home
Housework and Hobbies	Life at home, hobbies, and intellectual interests well maintained	Life at home, hobbies, and intellectual interests slightly worsened	Mild but definite worsening of function at home; more difficult tasks abandoned; more complicated hobbies and interests abandoned	Only simple tasks preserved; very restricted interests, poorly maintained	No significant function in home
Personal Care	Fully capable of self-care		Needs prompting	Requires assistance in dressing, hygiene, keeping of personal effects	Requires much help with personal care; frequent loss of bladder and bowel control

Score only as worsening from previous usual level due to loss in memory or thinking, not worsening due to other factors.

# मानसिक-ह्लास नैदानिक मूल्यांकन<sup>©</sup> प्रश्नावली

1/10

N.CDR WSHEET 1

परीक्षण की तारीख :    /    /         दिन      महीना      साल

मूल्यांकनकर्ता का नाम : | | | | |

यह अर्ध-दांचावद्ध साधात्कार है। कृपया इन सभी प्रश्नों को पूछें। रोगी की मानसिक-हास नैदानिक मूल्यांकन प्रश्नावली (CDR) को निर्धारित करने के लिए आवश्यक हो तो कोई अतिरिक्त प्रश्न पूछें। कृपया अतिरिक्त प्रश्नों से मिली जानकारी नोट करें।

सुचना देने वाले के लिए याददाश्त संबंधी प्रश्नः

1. क्या उसकी याददाशत या सोचने-समझने में कोई समस्या है?  हां  नहीं

1a. यदि हां, तो क्या यह समस्या लगातर बनी रहती है (या उसके विपरीत परिवर्तनीय है)?  हां  नहीं

2. क्या वह हाल की घटनाओं को याद कर सकता/सकती है?  आम तौर पर  कभी कभी  बहुत कम

3. क्या वह सामानों (ब्रिरीदारी) की छोटी सी सूची को याद रख सकता/सकती है?  आम तौर पर  कभी कभी  बहुत कम

4. क्या पिछले वर्ष के दौरान याददाशत में कुछ कमी आयी है?  हां  नहीं

5. क्या उसकी याददाशत इस हद तक ख़राब हो चुकी है कि इससे कुछ वर्ष पहले की उसकी रोज़मर्रा के जीवन की गतिविधियों के मुकाबले में (या सेवानिवृत्ति पूर्व गतिविधियों) में बाधा पड़ती होगी? (नजदीकी व्यक्तियों की राय)  हां  नहीं

6. क्या वह एक बड़े आयोजन के कुछ ही हफ्तों के भीतर ही उस आयोजन (जैसे भ्रमण, पार्टी, परिवार में विवाह) को बिलकुल भूल जाता/जाती है?  आम तौर पर  कभी कभी  बहुत कम

7. क्या वह एक बड़े आयोजन से संबंधित व्योरों को भूल जाता/जाती है?  आम तौर पर  कभी कभी  बहुत कम

8. क्या वह दूर अतीत की महत्वपूर्ण जानकारी (जैसे, जन्मदिन, विवाह की तारीख, रोज़गार का स्थान) को पूरी तरह से भूल जाता/जाती है?  आम तौर पर  कभी कभी  बहुत कम

9. मुझे उसके जीवन की किसी हाल की घटना के बारे में बतायें जिसको उसे याद रखना चाहिए। (बाद के परीक्षण के लिए, कार्यक्रम की जगह, दिन का समय, भाग लेने वाले, कार्यक्रम कितनी देर चला, वह कब समाप्त हुआ और रोगी या अन्य भाग लेने वाले वहां कैसे पहुंचे आदि, के बारे में मालूम करें)

1 हफ्ते के भीतरः

1 महीने के भीतरः

10. उसका जन्म कब हआ था?

11. उसका जन्म कहां हुआ था?

12. वह आखिरी स्कूल कौन सा था जहां उसने पढ़ाई की थी?

३४

स्थान \_\_\_\_\_

ग्रेड(कक्षा)

13. उसका मुख्य पेशा/काम क्या था (या अगर रोगी काम पर नहीं था तो उसके जीवन साथी का काम)?

14. उसका आखिरी बड़ा काम क्या था (या रोगी अगर काम पर नहीं था तो उसके जीवन साथी का काम)?

15. वह (या जीवन साथी) कब सेवानिवृत्त हआ/हई और क्यों? \_\_\_\_\_

## मानसिक-ह्लास नैदानिक मूल्यांकन<sup>®</sup> प्रश्नावली

2/10

N.CDR\_WSHEET\_1

सूचना देने वाले (रोगी की मदद करने वाले) के लिए स्थिति निर्धारण संबंधी प्रश्नः

वह बहुधा कब ठीक जानता / जानती हैः

1. महीने की तारीख़?

आम तौर पर       कभी कभी       बहुत कम       पता नहीं

2. मर्दीना?

आम तौर पर       कभी कभी       बहुत कम       पता नहीं

3. वर्ष?

आम तौर पर       कभी कभी       बहुत कम       पता नहीं

4. हफ्ते का दिन?

आम तौर पर       कभी कभी       बहुत कम       पता नहीं

5. क्या उसे सामयिक संबंध बनाने में मुश्किल होती है? (जब एक दूसरे से संबंधित घटनाएं हुई हों)?

आम तौर पर       कभी कभी       बहुत कम       पता नहीं

6. क्या वह परिचित सङ्कों पर अपना रास्ता ढूँढ सकता/सकती है?

आम तौर पर       कभी कभी       बहुत कम       पता नहीं

7. अपने पड़ोस से बाहर उसे कितनी बार यह पता चल जाता है कि एक जगह से दूसरी जगह पर कैसे पहुँचा जाये?

आम तौर पर       कभी कभी       बहुत कम       पता नहीं

8. घर के भीतर कितनी बार वह रास्ता ढूँढ लेता/लेती है?

आम तौर पर       कभी कभी       बहुत कम       पता नहीं

© वासिंगटन युनिवर्सिटी, सेंट लूइस, मिसोरी के प्रकाशनाधिकार सुरक्षित है।

## मानसिक-ह्लास नैदानिक मूल्यांकन<sup>®</sup> प्रश्नावली

3/10

N.CDR\_WSHEET\_1

### सूचना देने वाले के लिए फैसले एवं समस्या के हल से संबंधित प्रश्न:

1. आम तौर पर अगर आपको वर्तमान समय में समस्या हल करने की उसकी क्षमताओं का मूल्यांकन करना हो तो क्या आप उनको ऐसा मानेंगे:
  - उतनी ही अच्छी जैसे पहले रही हैं
  - अच्छी, लेकिन पहले जितनी अच्छी नहीं
  - ठीक
  - ख़राब
  - कोई क्षमता नहीं
2. छोटी धनराशियों का प्रयोग करने की उसकी क्षमता का मूल्यांकन करें (जैसे, छुट्टे करना, थोड़ी वर्षीय छोड़ना):
  - हानि नहीं
  - कुछ हानि
  - बहुत हानि
3. जटिल आर्थिक या व्यावसायिक लेन-देन करने की उसकी क्षमता का मूल्यांकन करें (जैसे, चेक-बुक बैलेंस करना, विल चुकाना):
  - हानि नहीं
  - कुछ हानि
  - बहुत हानि
4. क्या वह घर में होने वाली किसी आपात स्थिति (जैसे, नल या पाइप से रिसाव, मामूली आग) से निपट सकता/सकती है?
  - पहले की भाँति अच्छी तरह से
  - सोचने में परेशानी के कारण पहले के मुकाबले ख़राब
  - पहले के मुकाबले ख़राब, अन्य कारण (क्यों) \_\_\_\_\_

5. क्या वह स्थितियों या स्पष्टीकरणों को समझ सकता/सकती है?

आम तौर पर       कभी-कभी       बहुत कम       पता नहीं

6. क्या वह सामाजिक स्थितियों और अन्य लोगों के साथ मेलजोल में ठीक तरह से व्यवहार\* करता है/करती है यानि, अपने सामान्य (वीमारी से पहले वाले) अंदाज में?

आम तौर पर       कभी-कभी       बहुत कम       पता नहीं

\* यह प्रश्न व्यवहार का मूल्यांकन करता है, हुलिए का नहीं।

## मानसिक-ह्वास नैदानिक मूल्यांकन<sup>®</sup> प्रश्नावली

4/10

N.CDR\_WSHEET\_1

सूचना देने वाले के लिए सामुदायिक मामलों से संबंधित प्रश्न:

### ऐशा संबंधी

1. क्या रोगी अब भी काम कर रहा है?  
लागू नहीं होने पर, मद 4 पर जाएँ  
अगर हाँ, तो मद 3 पर जाएँ  
अगर नहीं, तो मद 2 पर जाएँ  
 हाँ       नहीं  लागू नहीं
2. क्या याददाश्त या सोचने की समस्याओं ने रोगी के सेवानिवृत्त होने (काम छोड़ने) के फैसले में योगदान दिया? (प्रश्न 4 अगला है)  
 हाँ       नहीं  लागू नहीं
3. क्या रोगी को याददाश्त या सोचने की समस्याओं के कारण अपने काम में काफी मुश्किलें आती है?  
 बहुत कम या कभी नहीं  कभी कभी       आम तौर पर       पता नहीं

### सामाजिक

4. क्या उसने कभी साईकिल या स्कूटर या कार चलायी थी?  
क्या रोगी अब साईकिल या स्कूटर या कार चलाता है?  
यदि नहीं, तो क्या ऐसा याददाश्त या सोचने की समस्याओं के कारण है?  
 हाँ       नहीं
5. अगर वह अभी भी ड्राइविंग करता/करती है, क्या कम सोचने के कारण समस्याएं या जोखिमें होती हैं?  
 हाँ       नहीं
6. \* क्या वह स्वतंत्र रूप से अपनी जरूरत के सामानों की खरीदारी करने में सक्षम है?  
 बहुत कम या कभी नहीं       कभी कभी       आम तौर पर  
(कुछ भी खरीदने जाते समय  
साथ जाना पड़ता है)      (सीमित संख्या में सामान खरीदता है  
दुप्लीकेट सामान खरीद लेता है  
या जरूरी सामानों को भूल जाता है)
7. क्या वह घर के बाहर स्वतंत्र रूप से गतिविधियों को संपन्न करने में समर्थ है?  
 बहुत कम या कभी नहीं       कभी कभी       आम तौर पर  
(आम तौर पर बिना मदद के  
गतिविधियों को संपन्न  
करने में असमर्थ)      (सीमित और/या  
रोजमर्ग की, जैसे धार्मिक  
कार्यों या सभाओं में  
सामाज्य भागीदारी, नाई की  
दुकान पर जाना)
8. क्या उसे घर के बाहर सामाजिक कार्यों में ले जाया जाता है?  
अगर नहीं, क्यों नहीं? \_\_\_\_\_  
 हाँ       नहीं
9. क्या रोगी के व्यवहार को आम तौर पर देखने वाला कोई व्यक्ति सोचेगा कि वह बीमार था?  
 हाँ       नहीं
10. अगर नर्सिंग होम में है, तो क्या वह सामाजिक कार्यों में ठीक से भाग लेता है/लेती है (सोचना)  
 हाँ       नहीं

### महत्वपूर्ण:

क्या सामुदायिक कार्यों के लिए रोगी को पहुंची क्षति के स्तर का मूल्यांकन करने के लिए पर्याप्त सूचना उपलब्ध है?

अगर नहीं, तो कृपया आगे जांच करें।

सामाजिक मामले: जैसे कि धार्मिक कार्य, मित्रों या परिजनों से मिलने जाना, राजनीतिक गतिविधियां, सामाजिक एसोसिएशन, अन्य संगठन, अन्य पेशेवर समूह, सामाजिक क्लब, सेवा संगठन, शैक्षणिक कार्यक्रम।

\* कृपया इस क्षेत्र में रोगी के कामकाज के स्तर को स्पष्ट करने के लिए जरूरी होने पर टिप्पणिया करें।

© वासिंगटन युनिवर्सिटी, सेंट लूइस, मिसोरी के प्रकाशनाधिकार सुरक्षित है।

## मानसिक-ह्वास नैदानिक मूल्यांकन<sup>®</sup> प्रश्नावली

5/10

N.CDR\_WSHEET\_1

सूचना देने वाले के लिए घर और शौकों से जुड़े प्रश्न:

1a. घरेलू कामकाज करने की उसकी क्षमताओं में क्या परिवर्तन आये हैं? \_\_\_\_\_

1b. वह अभी भी अच्छी तरह से क्या कर सकता/सकती है? \_\_\_\_\_

2a. अपने शौकिया काम करने की उसकी क्षमताओं में क्या परिवर्तन आये हैं? \_\_\_\_\_

2b. वह अभी भी अच्छी तरह से क्या कर सकता/सकती है? \_\_\_\_\_

3. अगर नर्सिंग होम में है, तो वह अब अच्छी तरह क्या नहीं कर सकता/सकती है (घर और शौक)? \_\_\_\_\_

### प्रतिदिन की गतिविधियाँ (The Dementia Scale of Blessed):

	कोई हानि नहीं	भारी हानि
4. घरेलू कामों को पूरा करने की योग्यता	0	0.5
कृपया वर्णन करें _____	_____	_____
_____	_____	_____

5. क्या वह घरेलू कामों को इस स्तर पर कर पाता/पाती है:

(एक पर निशान लगायें। सूचना देने वाले से सीधे पूछने की आवश्यकता नहीं)

- कोई सार्थक काम नहीं।  
(सामान्य कामों को कर लेता है, जैसे कि बिस्तर बिछाना, लेकिन केवल बहुत देखरेख में ही)
- केवल सीमित गतिविधियों वाले काम ही।  
(थोड़ी सी देखरेख के साथ, स्वीकार्य सफाई के साथ तश्तरियों को धोता/धोती है; मेज लगाता/लगाती है)
- कछु गतिविधियों को स्वतंत्र रूप से संपन्न करता/करती है।  
(वैक्यूम क्लीनर जैसे उपकरणों को काम में लाना, सादा भोजन तैयार करना)
- सामान्य गतिविधियों को संपन्न करता/करती है लेकिन सामान्य स्तर पर नहीं।
- आम तौर पर गतिविधियों को सामान्य ढंग से कर लेता/लेती है।

### महत्वपूर्ण:

घर एवं शौकों में रोगी को पहुंची क्षति के स्तर का मूल्यांकन करने के लिए क्या पर्याप्त जानकारी उपलब्ध है?

अगर नहीं, तो कृपया आगे जांच करें।

घरेलू कामकाज: जैसे खाना बनाना, कपड़ों की धुलाई, सफाई, किराने के सामान की खरीदारी, कूड़ा बाहर ले जाना, अहाते का काम, आसानी से की जा सकने वाली देखभाल और घर की बुनियादी मरम्मत।

शौक: सिलाई, पेंटिंग, हस्तशिल्प, पढ़ाई, मनोरंजन, फोटोग्राफी, बागवानी, थियेटर या संगीत समारोहों में जाना, लकड़ी का काम, खेलों में भागीदारी।

© वासिंगटन युनिवर्सिटी, सेंट लूइस, मिसोरी के प्रकाशनाधिकार सुरक्षित है।

## मानसिक-ह्रास नैदानिक मूल्यांकन<sup>®</sup> प्रश्नावली

6/10

N.CDR\_WSHEET\_1

### सूचना देने वाले के लिए व्यक्तिगत देखभाल संबंधी प्रश्न:

\* निम्नलिखित क्षेत्रों में उसकी मानसिक क्षमता के बारे में आपका मूल्यांकन क्या है :

#### A. वेशभूषा (The Dementia Scale of Blessed)

- 0 विना सहायता के
- 1 कभी-कभी बटन आदि गलत ढंग से लगा लेना
- 2 गलत क्रम, सामान्यतया चीजों को भूल जाना
- 3 कपड़े पहनने/ उतारने में अक्षम

#### B. नहाना, साज-संवार

- 0 विना सहायता के
- 1 ध्यान दिलाना पड़ता है
- 2 कभी-कभी मदद की जरूरत पड़ती है
- 3 हमेशा या लगभग हमेशा मदद की जरूरत पड़ती है

#### C. खाने की आदतें

- 0 सफाई के साथ; सही वर्तन
- 1 गलत तरीके से; चम्मच
- 2 सरल ठोस
- 3 पूरी तरह से खिलाये जाने की जरूरत पड़ती है

#### D. मल-मूत्र नियंत्रण (The Dementia Scale of Blessed)

- 0 सामान्य पूरा नियंत्रण
- 1 कभी-कभी विस्तर गीला करना
- 2 कई बार विस्तर गीला करना
- 3 दोहरा असंयमी

\* अगर रोगी की व्यक्तिगत देखभाल को पहले के स्तर से हानि पहुंची है चाहे उसे ध्यान न ही दिलाया गया हो, तो बॉक्स के - 1 स्कोर पर विचार किया जा सकता है।

© वासिंगटन युनिवर्सिटी, सेंट लूइस, मिसोरी के प्रकाशनाधिकार सुरक्षित है।

## मानसिक-ह्लास नैदानिक मूल्यांकन<sup>®</sup> प्रश्नावली

7/10

N.CDR\_WSHEET\_1

### रोगी के लिए याददाशत से जुड़े प्रश्न:

1. क्या आपको याददाशत में या सोचने-विचारने में परेशानी होती है?  हाँ  नहीं
2. कुछ क्षण पहले आपके (जीवन साथी, आदि) ने हाल ही में हुए आपके कुछ अनुभवों के बारे में बताया। क्या आप मुझे उनके बारे में कुछ बताएंगे? (जरूरी होने पर व्यारों के लिए ध्यान दिलायें जैसे कि आयोजन की जगह, दिन के किस समय, प्रतिभागी, आयोजन कितनी देर तक चला, वह कब खत्म हुआ और रोगी या अन्य प्रतिभागी वहां कैसे पहुंचे)।

1 हफ्ते के भीतर

1.0 - मुख्य तौर पर सही

\_\_\_\_\_

0.5

\_\_\_\_\_

0.0 - मुख्य तौर पर गलत

\_\_\_\_\_

1 महीने के भीतर

1.0 - मुख्य तौर सही

\_\_\_\_\_

0.5

\_\_\_\_\_

0.0 - मुख्य तौर पर गलत

\_\_\_\_\_

3. मैं आपको कुछ मिनट तक याद रखने के लिए एक नाम और पता दूंगा। मेरे बाद इस नाम और पते को दुहरायें: (वाक्यांश के ठीक तरह से दुहराये जाने तक या अधिकतम तीन परीक्षणों तक दोहरायें)

तत्व	1	2	3	4	5
राम	मदुरा	42	बाजार की गली	मेरठ	
राम	मदुरा	42	बाजार की गली	मेरठ	
राम	मदुरा	42	बाजार की गली	मेरठ	

(प्रत्येक परीक्षण में ठीक प्रकार से दुहराये गये तत्वों को रेखांकित करें)

4. आपका जन्म कब हुआ था? \_\_\_\_\_

5. आपका जन्म कहां हुआ था? \_\_\_\_\_

6. आपने अंतिम बार किस स्कूल में पढ़ाई की?

नाम: \_\_\_\_\_

स्थान: \_\_\_\_\_ ग्रेड(कक्षा): \_\_\_\_\_

7. आपका (या अगर नौकरी पर नहीं हैं तो जीवन साथी का) मुख्य पेशा/ काम क्या है? \_\_\_\_\_

8. आपका (या अगर नौकरी पर नहीं हैं तो जीवन साथी का) आँखियाँ बड़ी नौकरी क्या थी? \_\_\_\_\_

9. आप (या जीवन साथी) कब सेवानिवृत्त हुए और क्यों? \_\_\_\_\_

10. वह नाम और पता दोहराइये जिसे मैंने आपको याद रखने के लिए कहा था:

तत्व	1	2	3	4	5
राम	मदुरा	42	बाजार की गली	मेरठ	

(ठीक तरह से दुहराये गये तत्वों को रेखांकित करें)।

## मानसिक-ह्लास नैदानिक मूल्यांकन® प्रश्नावली

8/10

N.CDR\_WSHEET\_1

### रोगी के लिए स्थिति की जानकारी संबंधी प्रश्न:

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. आज क्या तारीख है?   | <input type="checkbox"/> सही | <input type="checkbox"/> गलत |
| 2. यह सप्ताह का कौन सा दिन है?                                       | <input type="checkbox"/> सही | <input type="checkbox"/> गलत |
| 3. यह कौन सा महीना है?   | <input type="checkbox"/> सही | <input type="checkbox"/> गलत |
| 4. यह कौन सा वर्ष है?  | <input type="checkbox"/> सही | <input type="checkbox"/> गलत |
| 5. इस जगह का क्या नाम है?  | <input type="checkbox"/> सही | <input type="checkbox"/> गलत |
| 6. हम किस कस्बे या शहर में हैं?                                      | <input type="checkbox"/> सही | <input type="checkbox"/> गलत |
| 7. समय क्या हुआ है?  | <input type="checkbox"/> सही | <input type="checkbox"/> गलत |
| 8. क्या रोगी को पता है कि जानकारी देने वाला कौन है (आपके अनुमान से)? | <input type="checkbox"/> सही | <input type="checkbox"/> गलत |

© वासिंगटन युनिवर्सिटी, सेट लूइस, मिसोरी के प्रकाशनाधिकार सुरक्षित है।

## मानसिक-ह्वास नैदानिक मूल्यांकन<sup>©</sup> प्रश्नावली

9/10

N.CDR\_WSHEET\_1

रोगी के फैसले और समस्या हल करने से संबंधी प्रश्न:

निर्देश: अगर रोगी द्वारा दिया गया शुरुआती जवाब ग्रेड 0 के योग्य नहीं बनता, तो समस्या के बारे में रोगी की बेहतरीन समझ को जानने के लिए और पूछताछ करें। निकटतम जवाब पर धेरा बनायें।

समानताएँ:

उदाहरण: "पेंसिल और पेन एक जैसी कैसे होती हैं?" (लिखने के उपकरण)

"ये चीजें एक जैसी कैसे हैं?"

रोगी का जवाब

1. शलजम ..... गोभी

(0 = सब्जी)

(1 = खाद्यान्न, सजीव वस्तुएं, पकायी जा सकती हैं, आदि)

(2 = जवाब उपयुक्त नहीं; अंतर, उन्हें खरीदते हैं)

2. मेज ..... बुकेस

(0 = फर्नीचर, कार्यालय का फर्नीचर, दोनों पर किताबें रखी होती हैं)

(1 = लकड़ी का, टांगों)

(2 = उपयुक्त नहीं, अंतर)

अंतर:

उदाहरण: "चीनी और सिरके के बीच क्या अंतर है?" (मीठा बनाम खट्टा)

"इन चीजों के बीच क्या अंतर है?"

रोगी का जवाब

3. झूठ बोलना ..... गलती

(0 = एक जानवूझकर, एक अनजाने में)

(1 = एक बुरा, दूसरा अच्छा - या केवल एक के बारे में समझाएं)

(2 = कुछ और, समानताएँ)

4. नदी ..... नहर

(0 = प्राकृतिक - अप्राकृतिक)

(2 = कुछ और)

गणना:

5. एक रूपये में कितने पैसे होते हैं?

सही

गलत

6. 6.75 रूपये में कितनी चावलियां होती हैं?

सही

गलत

7. 20 में से 3 घटाएं और नीचे की तरफ हर नई बच्ची हुई संख्या में से 3 घटाते जाएं।

सही

गलत

फैसला:

8. अजनवी शहर में पहुंचने पर, आप उस मित्र का पता कैसे लगाएंगे जिससे कि आप मिलना चाहते हैं?

(0 = टेलीफोन बुक, शहर की डायरेक्टरी से कोशिश करेंगे, डायरेक्टरी के लिए दुकान पर जाएंगे; आपसी मित्र को फोन करेंगे)

(1 = पुलिस को फोन करेंगे, आपरेटर को फोन करेंगे (प्रायः पता नहीं देगा))

(2 = कोई स्पष्ट जवाब नहीं))

9. रोगी की अक्षमता और जीवन के पड़ाव का आंकलन और इस बात की समझदारी कि वर्तमान समय में उसका परीक्षण क्यों किया जा रहा है (हो सकता है कि कवर हो चुका हो, लेकिन यहां पर मूल्यांकन करें):

अच्छी अंतरदृष्टि

आंशिक अंतरदृष्टि

थोड़ी अंतरदृष्टि

## मानसिक-ह्लास नैदानिक मूल्यांकन<sup>©</sup> (CDR)

10/10

N.CDR\_1

मूल्यांकनकर्ता का नाम : |\_\_|\_\_|\_\_|

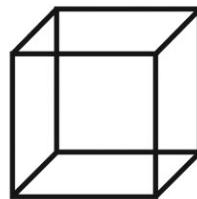
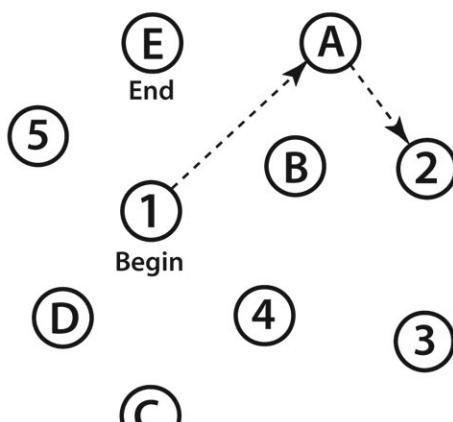
अधिकार क्षेत्र	मानसिक-ह्लास नहीं CDR 0	अनिश्चित या अनिवारित रोग निदान CDR 0.5	हल्का मानसिक-ह्लास CDR 1	मध्यम मानसिक-ह्लास CDR 2	बहुत मानसिक-ह्लास CDR 3
याददाश्त	याददाश्त की कमी नहीं या बीच-बीच में होने वाला मामूली भुलक्कड़पन।  0 □	लगातार बना रहने वाला मंद मामूली भुलक्कड़पन; घटनाओं का आंशिक स्मरण; "मंद" भुलक्कड़पन।  0.5 □	याददाश्त की मध्यम दर्जे की कमी, हाल की घटनाओं के प्रति ज्यादा सचेत; ख्राबी रोज़मर्हा की जिंदगी में बाधा करती है।  1 □	याददाश्त की बहुत हानि; केवल खुब पढ़ी हुई सामग्री यां ही याद रह पाती है; नवी सामग्री तेजी से ध्यान से उतर जाती है।  2 □	याददाश्त की बहुत हानि; टुकड़ों में कुछ बातें याद रहती हैं।  3 □
स्थिति की जानकारी	पूरी तरह से परिचित।  0 □	सामयिक संवंधों में थोड़ी सी मुश्किल को छोड़कर स्थिति की पूरी जानकारी।  0.5 □	सामयिक संवंधों में मध्यम दर्जे की कठिनाई; परीक्षण के समय स्थान से परिचित हो सकता है लेकिन दूसरी जगह पर भौगोलिक रूप से परिचय न हो पाये।  1 □	सामयिक संवंधों में बहुत मुश्किलें; प्रायः समय में, अक्सर जगह का ध्यान नहीं रह पाता।  2 □	केवल व्यक्ति से परिचय।  3 □
फैसले और समस्या का समाधान	रोज़मर्हा की समस्याएं हल कर लेता है; अतीत की तुलना में निर्णय अच्छा।  0 □	समस्याओं, समानताओं, अंतरों को हल करने में केवल किंचित शक्ति।  0.5 □	समस्याओं, समानताओं, अंतरों से निपटने में मध्यम दर्जे की कठिनाई, सामाजिक निर्णय प्रायः बरकरार रहते हैं।  1 □	समस्याओं, समानताओं, अंतरों से निपटने में बहुत धृतिग्रस्त; सामाजिक निर्णय प्रायः धृतिग्रस्त रहते हैं।  2 □	फैसले लेने या समस्याओं को हल करने में अक्षम।  3 □
सामुदायिक मामले	नौकरी, खरीदारी, व्यावसायिक और आर्थिक कामों स्वयंसेवी और सामाजिक समूहों का सामान्य स्तर का कामकाज विना सहायता के करता।  0 □	इन गतिविधियों में थोड़ी सी शक्ति।  0.5 □	इन गतिविधियों में विना सहायता के काम करने में अक्षम हालांकि अभी भी कुछ में लगा रह सकता है; अनजापचारिक मुलाकात होने पर सामान्य जान पड़ता है।  1 □	घर के बाहर विना सहायता के कामकाज करने का कोई दिखावा नहीं। घर परिवार के बाहर कार्यक्रमों के लिए ले जाये जाने के लिए काफी ठीक नजर आते हैं।  2 □	घर के बाहर विना सहायता के कामकाज करने का कोई दिखावा नहीं। इतना बीमार नजर आते हैं कि घर परिवार के बाहर कार्यक्रमों में नहीं ले जाया जा सकता।  3 □
घर और शौक	घर पर जीवन, शौक, बौद्धिक रुचियां अच्छी तरह से कायम हैं।  0 □	घर पर जीवन, शौक, बौद्धिक रुचियों में किंचित शक्ति।  0.5 □	घर पर कामों की हल्की लेकिन निश्चित हानि; ज्यादा मुश्किल कामों को छोड़ देता है; ज्यादा जटिल शौकों और रुचियों को न्याग दिया है।  1 □	केवल सामान्य कामकाज बचे हुए हैं; बहुत ही सीमित रुचियां, कमज़ोर तरीके से कायम हैं।  2 □	घर में कोई महत्वपूर्ण काम नहीं।  3 □
व्यक्तिगत देखभाल	अपनी देखभाल करने में पूरी तरह से सक्षम।  0 □	ध्यान दिलाने की जरूरत पड़ती है।  1 □	कपड़े पहनने, साफ-सफाई रखने, व्यक्तिगत देखभाल को बनाये रखने में सहायता की जरूरत पड़ती है।  2 □	व्यक्तिगत देखभाल के लिए बहुत अधिक सहायता की जरूरत पड़ती है; अक्सर असंयमी।  3 □	

Hugues CP, Berg L, Danziger WL et al : A new clinical scale for the staging of dementia. British Journal of Psychiatry 1982 ; 140 : 566-572. मानसिक-ह्लास नैदानिक मूल्यांकन (CDR) साधात्कार और स्कोर तालिका अलजिमर रोग शोध संस्थान वासिंगटन युनिवर्सिटी, सेंट लूईस, मिसोरी के प्रकाशनाधिकार सुरक्षित हैं। अनुमति से उपयोग किया जाना चाहिए।

**Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**  
Version 7.1 Original Version

NAME : \_\_\_\_\_  
Education : \_\_\_\_\_  
Sex : \_\_\_\_\_  
Date of birth : \_\_\_\_\_  
DATE : \_\_\_\_\_

**VISUOSPATIAL / EXECUTIVE**



Copy  
cube

Draw CLOCK (Ten past eleven)  
(3 points)

POINTS

[ ]

[ ]

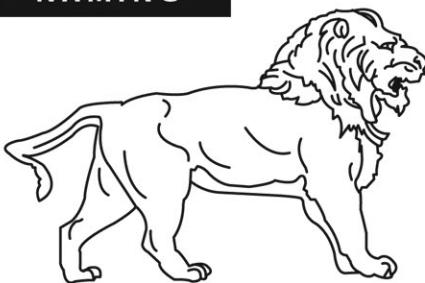
[ ]

[ ]

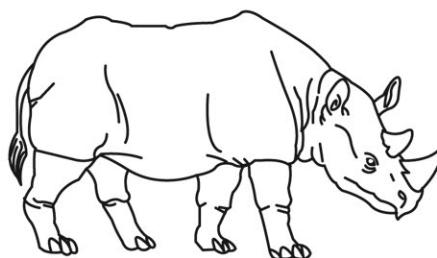
[ ]

/5

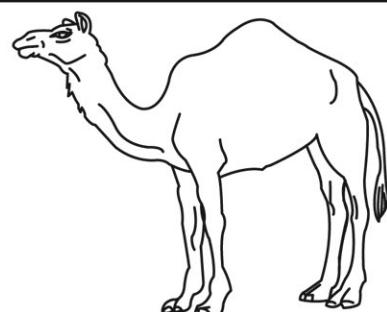
**NAMING**



[ ]



[ ]



[ ]

/3

**MEMORY**

Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials, even if 1st trial is successful.  
Do a recall after 5 minutes.

		FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	
1st trial							
2nd trial							

No  
points

**ATTENTION**

Read list of digits (1 digit/sec.). Subject has to repeat them in the forward order [ ] 2 1 8 5 4  
Subject has to repeat them in the backward order [ ] 7 4 2

/2

Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if  $\geq 2$  errors

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B /1

Serial 7 subtraction starting at 100

[ ] 93

[ ] 86

[ ] 79

[ ] 72

[ ] 65

4 or 5 correct subtractions: **3 pts**, 2 or 3 correct: **2 pts**, 1 correct: **1 pt**, 0 correct: **0 pt**

/3

**LANGUAGE**

Repeat: I only know that John is the one to help today. [ ]  
The cat always hid under the couch when dogs were in the room. [ ]

/2

Fluency / Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F [ ] (N  $\geq$  11 words)

/1

**ABSTRACTION**

Similarity between e.g. banana - orange = fruit [ ] train - bicycle [ ] watch - ruler

/2

**DELAYED RECALL**

Has to recall words  
**WITH NO CUE**

FACE  
[ ]

VELVET  
[ ]

CHURCH  
[ ]

DAISY  
[ ]

RED  
[ ]

Points for  
UNCUED  
recall only

/5

**Optional**

Category cue

Multiple choice cue

**ORIENTATION**

[ ] Date

[ ] Month

[ ] Year

[ ] Day

[ ] Place

[ ] City

/6

**मॉट्रियल बोध मूल्यांकन (मॉ.बो.मू.)**  
संस्करण 7.1 वास्तविक संस्करण

नाम:  
शिक्षण:  
लिंग:

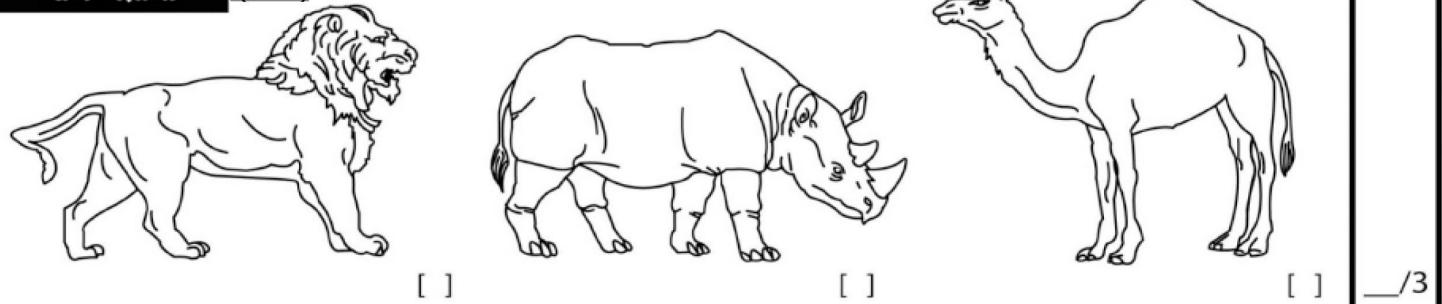
जन्म तिथि:  
दिनांक:

प्रिंटिक संकल्पना / कार्यकारिणी (विजुओकंस्ट्रक्शनल रिकल्स)

अंक

		<span style="color: red;">घड़ी बनाये (11 बजकर दस मिनट) (3 अंक)</span>	<span style="color: green;">[ ]</span>	<span style="color: blue;">[ ]</span>	<span style="color: orange;">[ ]</span>	<span style="color: purple;">[ ]</span>	<span style="color: red;">आकार</span>	<span style="color: blue;">संख्या</span>	<span style="color: orange;">सुईया</span>	<span style="color: purple;">_____ / 5</span>

**नाम बताना** (लेमिंग)



<b>स्मरण शक्ति (मेमोरी)</b> शब्दों की सूची पढ़े, व्यक्ति उसे दोहराएगा। पहली बार प्रयास सफल होने पर भी दो बार परिष्कार करें। 5 मिनट बाद पुनः दोहराए।		चेहरा	मखमल	मंदिर	गुलाब	लाल	<span style="color: red;">कोई अंक नहीं</span>
	प्रथम प्रयास						
	द्वितीय प्रयास						

<b>ध्यान</b> (अटेन्शन) को की सूची पढ़े (1 अंक/ सैकेंड )	ल्याक्सिल इसे क्रमावार तरीके से आगे दोहराए	[ ] 2 1 8 5 4	<span style="color: red;">_____ / 2</span>
	ल्याक्सिल इसे उन्हें क्रम में दोहराए	[ ] 7 4 2	

अक्षरों की सूची पढ़े। व्यक्ति को हर बार 'अ' आने पर अपने हाथों से थपथपाना है। दो से अधिक तुटि पर कोई अंक नहीं।	[ ] फ ब अ स म अ अ ज क ल ब अ फ अ क ड इ अ अ अ ज अ म ओ फ अ अ ब	<span style="color: red;">_____ / 1</span>
	[ ]	

100 से शुरू करके क्रम से 7 घटाए	[ ] 93	[ ] 86	[ ] 79	[ ] 72	[ ] 65	<span style="color: red;">_____ / 3</span>
	4 या 5 सही घटाव: 3 अंक, 2 या 3 सही: 2 अंक, 1 सही: 1 अंक, 0 सही: 0 अंक					

<b>भाषा</b> (लैंगेज) दोहराएँ: मैं भिक्ख इतना जानता हूँ कि भुज्जे आज राम की सहायता करनी है। [ ] बिल्ली हमेशा चारपाई के नीचे झुपती थी, जब कभी भी कुत्तों कमरे में होते थे। [ ]						<span style="color: red;">_____ / 2</span>

धारा प्रवाहबोत्सव / एक मिनिट में अक्षर 'क' से शुरू होने वाले अधिकतम शब्द बताये। [ ] _____ (शब्द 2 11)						
---	--	--	--	--	--	--

<b>सार</b> (अब्स्ट्रेक्शन) इनके बीच एकरूपता उदाहरण: केला - संतरा = फल [ ] रेलगाड़ी-साइकिल [ ] घड़ी-फुटा (स्केल)						<span style="color: red;">_____ / 2</span>

<b>विलम्बित स्मरण</b> (डिलेड रिकाल)	बिना संकेत के शब्दों का स्मरण करना होगा	चेहरा	मखमल	मंदिर	गुलाब	लाल	बिना संकेत के याद करने पर ही अंक	<span style="color: red;">_____ / 5</span>

<b>वैकल्पिक</b>	संकेत श्रेणी						<span style="color: red;">_____ / 5</span>
	बहुविकल्पीय संकेत						

<b>स्थिति जागरूकता</b> (ओरियांटेशन)	[ ] दिनांक	[ ] महीना	[ ] वर्ष	[ ] दिन	[ ] स्थान	[ ] शहर	<span style="color: red;">_____ / 6</span>

Modified by: Vidushi Sharma, Mansi Gupta and Ruchi N Buckshee © Z.Nasreddine MD द्वारा सचालित	सामान्य 26/30	<span style="color: red;">कुल</span> एक अंक जोड़े यदि 12 साल की शिक्षा	<span style="color: red;">_____ / 30</span>

## Geriatric Depression Scale (Short Form)

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Instructions:** Choose the best answer for how you felt over the past week. Note: when asking the patient to complete the form, provide the self-rated form (included on the following page).

No.	Question	Answer	Score
1.	Are you basically satisfied with your life?	<b>YES / No</b>	
2.	Have you dropped many of your activities and interests?	<b>YES / No</b>	
3.	Do you feel that your life is empty?	<b>YES / No</b>	
4.	Do you often get bored?	<b>YES / No</b>	
5.	Are you in good spirits most of the time?	<b>YES / No</b>	
6.	Are you afraid that something bad is going to happen to you?	<b>YES / No</b>	
7.	Do you feel happy most of the time?	<b>YES / No</b>	
8.	Do you often feel helpless?	<b>YES / No</b>	
9.	Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?	<b>YES / No</b>	
10.	Do you feel you have more problems with memory than most people?	<b>YES / No</b>	
11.	Do you think it is wonderful to be alive?	<b>YES / No</b>	
12.	Do you feel pretty worthless the way you are now?	<b>YES / No</b>	
13.	Do you feel full of energy?	<b>YES / No</b>	
14.	Do you feel that your situation is hopeless?	<b>YES / No</b>	
15.	Do you think that most people are better off than you are?	<b>YES / No</b>	
TOTAL			

(Sheikh & Yesavage, 1986)

### **Scoring:**

Answers indicating depression are in bold and italicized; score one point for each one selected. A score of 0 to 5 is normal. A score greater than 5 suggests depression.

### **Sources:**

- Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol.* 1986 June;5(1/2):165-173.
- Yesavage JA. Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacol Bull.* 1988;24(4):709-711.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-83;17(1):37-49.

## GERIATRIC DEPRESSION SCALE - HINDI VERSION (GDS-H)

No.	Questions	Scores	
		हाँ	नहीं
१.*	क्या आप अपनी जिंदगी से संतुष्ट हैं ?	0	1
२.	क्या आपने अपने मनपसंद कार्यों / आदतों को करना बंद कर दिया है ?	1	0
३.	क्या आपको लगता है कि आपका जीवन सूना सूना है?	1	0
४.	क्या आप ऐसा महसूस करते हैं कि आप अक्सर खाली बैठें रहते हैं?	1	0
५.*	क्या आपको अपने भविष्य के बारे में आशा है?	0	1
६.	क्या आप परेशान करने वाले विचार अपने दिमाग से हटा नहीं सकते?	1	0
७.*	क्या आप ज्यादतर खुश मिजाज रहते हैं?	0	1
८.	क्या आपको डर लगता है कि आपके साथ कुछ बुरा होने वाला है?	1	0
९.*	क्या आप ज्यादतर खुश रहते हैं?	0	1
१०.	क्या आप अक्सर अपने आप को बेबस / लाचार समझते हैं?	1	0
११.	क्या आप ज्यादतर बेचैन हो जाते हैं?	1	0
१२.	क्या आप घर में रहना ज्यादा पसंद करते हैं, बजाय इसके कि बाहर जाकर कोई नई चीज़ करें?	1	0
१३.	क्या आप अक्सर भविष्य के बारे में चिंता करते हैं?	1	0
१४.	क्या आपको ऐसा लगता है कि आजकल आपकी याददोस्त औरों से ज्यादा कमज़ोर है?	1	0
१५.*	क्या आपको ऐसा लगता है कि आजकल जिदा रहने से आनंद है?	0	1
१६.	क्या आप ज्यादतर निराश और दुखी रहते हैं?	1	0
१७.	क्या आप आजकल अपने आप को किसी काम के क्रांबिल नहीं समझते हैं?	1	0
१८.	क्या आप बीती हुई बातों की ज्यादा चिंता करते हैं?	1	0
१९.*	क्या आपको जिंदगी में मजा है?	0	1
२०.	क्या आपको नए काम में मन लगाने को मुश्किल होती है?	1	0
२१.*	क्या आपके मन में फुर्तीलापन रहता है?	0	1
२२.	क्या आप अपनी दशा से निराश महसूस करते हैं?	1	0
२३.	क्या आपको ऐसा लगता है कि दूसरे लोग आपसे ज्यादा अच्छी हालत में हैं?	1	0
२४.	क्या आप छोटी छोटी बातों से परेशान हो जाते हो?	1	0
२५.	क्या आपको अक्सर रोने का मन करता है?	1	0
२६.	क्या आपको काम में मन लगाने में दिक्कत आती है?	1	0
२७.*	क्या आप सबेरे उठकर खुशी महसूस करते हैं?	0	1
२८.	क्या आप की हच्छा रहती है कि और लोगों से मिलाना जुलाना ना हो?	1	0
२९.*	क्या आप आसानी से फैसला कर सकते हैं?	0	1
३०.*	क्या आपके दिमाग में उतनी ही चेतनताई है जितनी पहले हुआ करती थी?	0	1

Please answer the following questions based on changes that have occurred since the patient first began to experience memory problems.

**Circle "Yes" only if the symptom(s) has been present in the last month. Otherwise, circle "No". For each item marked "Yes":**

**a) 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)

**b) Rate the DISTRESS you experience due to that symptom (how it affects you):**

- 0 = Not distressing at all**
- 1 = Minimal** (slightly distressing, not a problem to cope with)
- 2 = Mild** (not very distressing, generally easy to cope with)
- 3 = Moderate** (fairly distressing, not always easy to cope with)
- 4 = Severe** (very distressing, difficult to cope with)
- 5 = Extreme or Very Severe** (extremely distressing, unable to cope with)

Please answer each question carefully. Ask for assistance if you have any questions.

**Delusions** Does the patient have false beliefs, such as thinking that others are stealing from him/her or planning to harm him/her in some way?

Yes      No

**SEVERITY:** 1 2 3

**DISTRESS:** 0 1 2 3 4 5

**Hallucinations**

Does the patient have hallucinations such as false visions or voices? Does he or she seem to hear or see things that are not present?

Yes      No

**SEVERITY:** 1 2 3

**DISTRESS:** 0 1 2 3 4 5

**Agitation/Aggression**

Is the patient resistive to help from others at times, or hard to handle?

Yes      No

**SEVERITY:** 1 2 3

**DISTRESS:** 0 1 2 3 4 5

**Depression/Dysphoria** Does the patient seem sad or say that he /she is depressed?

Yes      No

**SEVERITY:** 1    2    3

**DISTRESS:** 0    1    2    3    4    5

**Anxiety**

Does the patient become upset when separated from you?  
Does he/she have any other signs of nervousness such as shortness of breath, sighing, being unable to relax, or feeling excessively tense?

Yes      No

**SEVERITY:** 1    2    3

**DISTRESS:** 0    1    2    3    4    5

**Elation/Euphoria**

Does the patient appear to feel too good or act excessively happy?

Yes      No

**SEVERITY:** 1    2    3

**DISTRESS:** 0    1    2    3    4    5

**Apathy/Indifference**

Does the patient seem less interested in his/her usual activities or in the activities and plans of others?

Yes      No

**SEVERITY:** 1    2    3

**DISTRESS:** 0    1    2    3    4    5

**Disinhibition**

Does the patient seem to act impulsively, for example, talking to strangers as if he/she knows them, or saying things that may hurt people's feelings?

Yes      No

**SEVERITY:** 1    2    3

**DISTRESS:** 0    1    2    3    4    5

**Irritability/Lability**

Is the patient impatient and cranky? Does he/she have difficulty coping with delays or waiting for planned activities?

Yes      No

**SEVERITY:** 1    2    3

**DISTRESS:** 0    1    2    3    4    5

**Motor Disturbance**

Does the patient engage in repetitive activities such as pacing around the house, handling buttons, wrapping string, or doing other things repeatedly?

Yes      No

**SEVERITY:** 1    2    3

**DISTRESS:** 0    1    2    3    4    5

**Nighttime Behaviors** Does the patient awaken you during the night, rise too early in the morning, or take excessive naps during the day?

**Yes      No**            **SEVERITY:** 1 2 3            **DISTRESS:** 0 1 2 3 4 5

**Appetite/Eating** Has the patient lost or gained weight, or had a change in the type of food he/she likes?

**Yes      No**            **SEVERITY:** 1 2 3            **DISTRESS:** 0 1 2 3 4 5

Developed by Daniel Kaufer, MD. Final Version 6/99. © JL Cummings, 1994; all rights reserved

## NPI-Q SUMMARY

	No	Severity			Caregiver Distress				
		1	2	3	0	1	2	3	4
<b>Delusions</b>	0				0	1	2	3	4
<b>Hallucinations</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Agitation/Aggression</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Dysphoria/Depression</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Anxiety</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Euphoria/Elation</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Apathy/Indifference</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Disinhibition</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Irritability/Lability</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Aberrant Motor</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Nighttime Behavior</b>	0				0	1	2	3	5
<b>Appetite/Eating</b>	0				0	1	2	3	5
<b>TOTAL</b>									