**Relatório do Paciente**

**Dados Pessoais**

| Nome: | | | Nascimento: | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gênero: | Etnia: | Escolaridade: | | |
| e-mail: | | Telefone: | | UF: |

**Dados Médicos**

| Data do exame: | | | | | |  | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Peso (kg): | | | | Altura (cm): | | | IMC: |
| Qualidade do sono: | | | | | | Qualidade da dieta (0-10): | |
| LDL: | | HDL: | | Triglicerídeos: | | | Colesterol total: |
| Pressão sistólica: | | | | | | Pressão diastólica: | |
| Exercício físico? | | | | Tabagismo? | | | Consumo de álcool? |

**Histórico Médico**

| Alzheimer na família? | Diabetes? |
| --- | --- |
| Doença cardiovascular? | Hipertensão? |
| Traumatismo craniano? | Depressão? |

**Funções Cognitivas**

| MMSE (0–30): | ADL (0–10): | Atividades funcionais (0–10): |
| --- | --- | --- |
| Queixas de memória? | | Problemas comportamentais? |

**Sintomas Cognitivos**

| Confusão? | Desorientação? | | Esquecimento? |
| --- | --- | --- | --- |
| Mudanças de personalidade? | | Dificuldade para completar tarefas? | |