



Nome do cliente: _____

Pedido: _____ Código do Laboratório: _____

Data da Coleta do Exame: ____/____/____ Idade: _____

As informações abaixo são imprescindíveis para interpretação dos dados e realização do exame:

- | | |
|--|-----|
| - Resultado anterior de eletroforese de liquor <i>(Previous CSF electrophoresis results)</i> | S/N |
| - Infecção do sistema nervoso central <i>(Nervous infection)</i> | S/N |
| - Doença inflamatória do sistema nervoso central <i>(Inflammatory Nervous Disease)</i> | S/N |
| - Doença não inflamatória do sistema nervoso central <i>(Non Inflammatory Disease)</i> | S/N |
| - Sintomas de alterações do sistema nervoso periférico <i>(Peripheral Nervous System symptoms)</i> | S/N |
| - Tumor <i>(Tumor)</i> | S/N |

Outros:

- | | |
|--|-----|
| 1. Síndrome de Demência Precoce <i>(Symptoms of demetia or recent known troubles)</i> | S/N |
| 2. Contrações miocrônicas <i>(Involuntary muscle contraction)</i> | S/N |
| 3. Ataxia <i>(Cerebral and/or ataxia syndromes)</i> | S/N |
| 4. Distúrbio da visão <i>(Visual Problems)</i> | S/N |
| 5. Síndrome Piramida <i>(Pyramidal syndrome)</i> | S/N |
| 6. Síndrome extrapiramidal <i>(Extra Pyramidal syndrome)</i> | S/N |
| 7. Mutismo acinético <i>(Akinetic Mutism)</i> | S/N |
| 8. Distúrbios psiquiátricos (nos últimos 3 meses) <i>(Psychiatric problems in the last 3 months)</i> | S/N |
| 9. Dor <i>(Pain)</i> | S/N |
| 10. Resultado de Eletroencefalografia (EEG) recente <i>(Previous EEG results)</i> | S/N |

Outros dados clínicos e/ou hipótese diagnóstica: *(Other clinical details)*
