

El nombre y la fecha de nacimiento del paciente:

El nombre del entrevistador:

Entrevista completa?

La fecha:

INSTRUMENTO ICOPE DE DETECCIÓN DE LA OMS

Evaluar a fondo todos los dominios que se seleccionen.

MEMORIA

1. Recordar tres palabras: flor, puerta, arroz (por ejemplo)

2. Orientación en tiempo y espacio: ¿Cuál es el día, el mes y el año de hoy?
¿Dónde está ahora mismo (casa, consulta, etc.)?

Responde incorrectamente a las dos preguntas o no sabe

3. ¿Recuerda las tres palabras?

No

MOVILIDAD

1. ¿Eres capaz de moverte sin dificultad?

No

2. ¿Necesita equipo médico duradero (ej., cana, muletas) para moverse?

Sí

3. **Solo en persona* Prueba de silla: Debe levantarse de su silla cinco veces sin ayudarse con los brazos.
¿Se levantó cinco veces de su silla en 14 segundos?*

No

NUTRICIÓN

1. Peso: ¿Ha perdido más de 3kg/6.6lb involuntariamente en los últimos tres meses?

Sí

2. Apetito: ¿Ha perdido el apetito?

Sí

3. ¿Eres capaz de comer sin dificultad?

No

VISIÓN

1. ¿Tiene problemas para ver, incluyendo cuando usa gafas o lentes de contacto?

Sí

2. ¿Ha tenido un examen de la vista en los últimos 12 meses?

No

AUDICIÓN

1. ¿Tiene problemas con su audición, incluyendo cuando usa asistencia de audición (ej., los aparatos del oído)?

Sí

2. **Solo en persona* Oye los susurros (prueba de susurros) **o bien**
Audiometría ≤ 35 dB **o bien**
Supera la prueba electrónica de dígitos sobre fondo de ruido.*

No

EMOCIÓN

1. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?:

- ¿Sentimientos de tristeza, melancolía o desesperanza?

Sí

- ¿Falta de interés o de placer al hacer las cosas?

Sí

- ¿Sentimientos de soledad?

Sí

APUNTES

Espacio para otros comentarios.