## S A D I M o D

Schedule for the Assessment of Drug-Induced Movement Disorders

Fecha	
Hora	
Iniciales	
Patiente Nº	

### Questionario a rellenar por el paciente

Por favor responda redondeando con un círculo su respuesta. Primero se le harán unas preguntas generales. Después se le harán una serie de preguntas sobre cómo se siente usted. Por favor preste especial atención al periodo de tiempo al que hacen referencia las preguntas. Puede que algunas preguntas no sean relevantes en su situación, en ese caso, deberá rodear con un círculo la respuesta "no aplicable" (n.a.).

#### **Preguntas generales**

¿Lleva usted dentadura postiza?		no	
Si ha contestestado afirmativamente a la pregunta anterior, ¿lleva usted su	si	no	n.a.
dentadura postiza puesta ahora?			
Si ha contestestado afirmativamente a la pregunta anterior ¿le ajusta		no	n.a.
perfectamente su dentadura postiza?			
¿Tiene usted en este momento mucha salivación?	si	no	
¿Tiene usted en este momento la boca seca?		no	

# Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se siente usted <u>en este momento</u>. Con "este momento" nos referimos a como se siente usted hoy, *ahora mismo*.

¿ Se siente usted deprimido en este momento?	S1	no	
¿ Siente usted en este momento ansiedad?	si	no	
¿Se siente usted en este momento amodorrado ó somnoliento?	si	no	
¿ Se siente usted en este momento intranquilo?	si	no	
¿Tiene usted en este momento la necesidad de mover sus piernas?	si	no	
¿Tiene usted en este momento la necesidad de levantarse y darse una vuelta?	si	no	

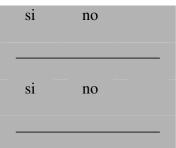
Se encuentra usted en este momento molesto por la	□ n.a. (no aplicable, no me siento agitado)
necesidad de moverse?	□ No tengo problema
(Por favor, marque las respuesta correcta)	□ Tengo un pequeňo problema
	□ Es un problema de tipo medio
	□ Es un problema serio
	□ Es un problema muy serio

# Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido usted <u>durante la semana</u> <u>pasada.</u>

Durante la semana pasada, ¿se ha sentido usted fatigado de manera intensa? si no Durante la semana pasada, ¿se ha sentido usted molesto porque sus movimientos si no eran lentos? Durante la semana pasada, ¿se ha sentido usted molesto por rigidez muscular? si no Durante la semana pasada, ¿se ha sentido usted molesto por la necesidad de si no moverse? Un movimiento involuntario es un movimiento, por ejemplo de un brazo o de una pierna, que ocurre sin que uno quiera que ocurra. Durante la semana pasada, ¿se ha sentido usted molesto por movimientos involuntarios? si no Durante la semana pasada, ¿se ha sentio usted molesto por convulsiones o espasmos si no

# Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo se ha sentido usted <u>durante las últimas</u> cuatro semanas

- ¿Le ha pasado alguna vez que de forma inesperada le resulta muy difícil o imposible hablar?
  - Si ha contestado afirmativamente a la pregunta anterior, ¿cuántas veces le ha ocurrido esto en las últimas cuatro semanas?
- ¿Le ha pasado alguna vez que de forma inesperada le resulta muy difícil o imposible tragar?
  - Si ha contestado afirmativamente a la pregunta anterior, ¿cuántas veces le ha ocurrido esto en las últimas cuatro semanas?



Nota: el examinador deberá explicarle el fenómeno y verificar sus respuestas. El questionario rechaza todas las otras respuestas

musculares?

# S A D I M o D

Schedule for the Assessment of Drug-Induced Movement Disorders

Fecha	
Hora	
Iniciales	
Patiente Nº	

### TEST ESCRITO

Escriba sus iniciales	
Por favor copie las siguientes frases entre la	as líneas:
Dos fuentes muy cristalinas	
Están en medio de un llano	
Y cuando las fuentes manan	
No está muy contento el amo.	
Por favor copie las siguientes frases entre la	as líneas:
Dos fuentes muy cristalinas	
Están en medio de un llano	
Y cuando las fuentes manan	
No está muy contento el amo.	
Por favor copie las siguientes frases entre la	as líneas:
Dos fuentes muy cristalinas	
Están en medio de un llano	
Y cuando las fuentes manan	
No está muy contento el amo.	

## **OBSERVACIONES IMPORTANTES**