



Helping People Lead Healthier Lives

## Brief Mental Status Exam (MSE) Form

**Patient Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

1.	<b>Appearance</b>	<input type="checkbox"/> <i>casual dress, normal grooming and hygiene</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____		
2.	<b>Attitude</b>	<input type="checkbox"/> <i>calm and cooperative</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____		
3.	<b>Behavior</b>	<input type="checkbox"/> <i>no unusual movements or psychomotor changes</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____		
4.	<b>Speech</b>	<input type="checkbox"/> <i>normal rate/tone/volume w/out pressure</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____		
5.	<b>Affect</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> <i>reactive and mood congruent</i>  <input type="checkbox"/> <i>labile</i>  <input type="checkbox"/> <i>tearful</i>  <input type="checkbox"/> <i>blunted</i>  <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____           </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> <i>normal range</i>  <input type="checkbox"/> <i>depressed</i>  <input type="checkbox"/> <i>constricted</i>  <input type="checkbox"/> <i>flat</i> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <i>reactive and mood congruent</i> <input type="checkbox"/> <i>labile</i> <input type="checkbox"/> <i>tearful</i> <input type="checkbox"/> <i>blunted</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>normal range</i> <input type="checkbox"/> <i>depressed</i> <input type="checkbox"/> <i>constricted</i> <input type="checkbox"/> <i>flat</i>
<input type="checkbox"/> <i>reactive and mood congruent</i> <input type="checkbox"/> <i>labile</i> <input type="checkbox"/> <i>tearful</i> <input type="checkbox"/> <i>blunted</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>normal range</i> <input type="checkbox"/> <i>depressed</i> <input type="checkbox"/> <i>constricted</i> <input type="checkbox"/> <i>flat</i>			
6.	<b>Mood</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> <i>euthymic</i>  <input type="checkbox"/> <i>irritable</i>  <input type="checkbox"/> <i>elevated</i> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> <i>anxious</i>  <input type="checkbox"/> <i>depressed</i>  <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____           </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <i>euthymic</i> <input type="checkbox"/> <i>irritable</i> <input type="checkbox"/> <i>elevated</i>	<input type="checkbox"/> <i>anxious</i> <input type="checkbox"/> <i>depressed</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>euthymic</i> <input type="checkbox"/> <i>irritable</i> <input type="checkbox"/> <i>elevated</i>	<input type="checkbox"/> <i>anxious</i> <input type="checkbox"/> <i>depressed</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____			
7.	<b>Thought Processes</b>	<input type="checkbox"/> <i>goal-directed and logical</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____ <input type="checkbox"/> <i>disorganized</i> _____		
8.	<b>Thought Content</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> <i>suicidal ideation</i>  <input type="checkbox"/> <i>None</i> <input type="checkbox"/> <i>passive</i> <input type="checkbox"/> <i>active</i>  <div style="text-align: center;"><b>Y N</b></div> <b>If Active:</b> <i>Plan</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <i>Intent</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <i>Means</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <i>delusions</i>  <input type="checkbox"/> <i>phobias</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____           </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> <i>homicidal ideation</i>  <input type="checkbox"/> <i>None</i> <input type="checkbox"/> <i>passive</i> <input type="checkbox"/> <i>active</i>  <div style="text-align: center;"><b>Y N</b></div> <b>If Active:</b> <i>Plan</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <i>Intent</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <i>Means</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <i>obsessions/ compulsions</i> _____           </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <i>suicidal ideation</i> <input type="checkbox"/> <i>None</i> <input type="checkbox"/> <i>passive</i> <input type="checkbox"/> <i>active</i> <div style="text-align: center;"><b>Y N</b></div> <b>If Active:</b> <i>Plan</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Intent</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Means</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>delusions</i> <input type="checkbox"/> <i>phobias</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>homicidal ideation</i> <input type="checkbox"/> <i>None</i> <input type="checkbox"/> <i>passive</i> <input type="checkbox"/> <i>active</i> <div style="text-align: center;"><b>Y N</b></div> <b>If Active:</b> <i>Plan</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Intent</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Means</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>obsessions/ compulsions</i> _____
<input type="checkbox"/> <i>suicidal ideation</i> <input type="checkbox"/> <i>None</i> <input type="checkbox"/> <i>passive</i> <input type="checkbox"/> <i>active</i> <div style="text-align: center;"><b>Y N</b></div> <b>If Active:</b> <i>Plan</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Intent</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Means</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>delusions</i> <input type="checkbox"/> <i>phobias</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>homicidal ideation</i> <input type="checkbox"/> <i>None</i> <input type="checkbox"/> <i>passive</i> <input type="checkbox"/> <i>active</i> <div style="text-align: center;"><b>Y N</b></div> <b>If Active:</b> <i>Plan</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Intent</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Means</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>obsessions/ compulsions</i> _____			
9.	<b>Perception</b>	<input type="checkbox"/> <i>no hallucinations or delusions during interview</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____		
10.	<b>Orientation</b>	<input type="checkbox"/> <i>oriented X 3</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____		
11.	<b>Memory/ Concentration</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> <i>short term intact</i>  <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____           </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <input type="checkbox"/> <i>long term intact</i>  <input type="checkbox"/> <i>distractable/ inattentive</i> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <i>short term intact</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>long term intact</i> <input type="checkbox"/> <i>distractable/ inattentive</i>
<input type="checkbox"/> <i>short term intact</i> <input type="checkbox"/> <i>other (describe)</i> _____	<input type="checkbox"/> <i>long term intact</i> <input type="checkbox"/> <i>distractable/ inattentive</i>			
12.	<b>Insight/Judgement</b>	<input type="checkbox"/> <i>good</i> <input type="checkbox"/> <i>fair</i> <input type="checkbox"/> <i>poor</i>		

**Practitioner Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_