



<b>STATO DI COSCIENZA</b>	<input type="checkbox"/> Vigile	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo verbale	<input type="checkbox"/> Risposta a stimolo doloroso	<input type="checkbox"/> Non risponde
<b>Eventuale punteggio Glasgow Coma Scale</b>	.....			
<b>Deterioramento cognitivo</b>	<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> lieve/moderato		<input type="checkbox"/> grave
<b>Comprensione ordini semplici</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>Disturbi del comportamento</b>	<input type="checkbox"/> assenti	<input type="checkbox"/> lievi/moderati		<input type="checkbox"/> gravi
<b>↳ Specificare</b>	..... ..... .....			

## ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

	Indipendente	Parzialmente Dipendente	Totalmente Dipendente	
Capacita' di fare il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di vestirsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uso dei servizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Continenza Sfinterica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Capacita' di alimentarsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cammina	<input type="checkbox"/> da solo	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> protesi- ausili	<input type="checkbox"/> usa carrozzella
Allettato	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	Se si, specificare da quanto tempo	mesi.....	anni.....

## SITUAZIONE AMBIENTALE E SOCIALE

<b>Abitazione</b>	<input type="checkbox"/> Idonea	<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche	
<b>Vive solo</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
<b>Supporto familiare /caregiver</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

<b>E' già stato sottoposto a terapia riabilitativa?</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>↳ Con quali risultati?</b>	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Nullo

<b>Attuale capacita' di collaborazione ad interventi riabilitativi:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente
<b>Orientamento sulle possibilità di recupero parziale o totale rispetto alle attuali condizioni:</b>	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Parziale	<input type="checkbox"/> Assente

**Struttura inviante**

**In fede**

.....  
 .....

.....  
 (timbro e firma del Medico)

Luogo e data,.....

## 1. UCLA – NPI (Neuropsychiatric Inventory)

COGNOME E NOME: .....

	N.A.	Frequenza (a)					Gravità (b)				a x b	Distress Caregiver					
Deliri	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Allucinazioni	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Agitazione	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Depressione/Disforia	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Ansia	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Euforia/Esaltazioni	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Apatia/Indifferenza	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Disinibizione	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Irritabilità/Labilità	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Attività motoria	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Alterazione del sonno	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Disturbi dell'alimentazione	[ ]	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[0]	[1]	[2]	[3]	_____	[0]	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]

Punteggio totale: .....

Data \_\_\_\_\_

Firma del compilatore \_\_\_\_\_

### Note alla compilazione:

#### **Disturbi:**

Deliri: di persecuzione, di latrocinio, di gelosia  
 Allucinazioni: deformata percezione sensoriale (visiva, uditiva)  
 Agitazione: aggressività verbale o verso gli altri, ostilità all'assistenza e all'aiuto  
 Depressione/Disforia: tono dell'umore depresso  
 Ansia: sensazione di insicurezza, allarme, paura  
 Euforia/Esaltazione: tono dell'umore eccessivo, non motivato  
 Apatia/Indifferenza: perdita di interesse e di motivazione  
 Disinibizione: perdita delle inibizioni sociali e sessuali  
 Irritabilità/Labilità: facile propensione all'ira, crisi di pianto  
 Attività motoria/Wandering: vagabondaggio; movimento afinalistico, ripetitivo, ossessivo  
 Alterazione del sonno: alterazione ritmo sonno-veglia, disturbi del sonno, risveglio precoce  
 Disturbi dell'appetito e dell'alimentazione: alterazione dell'appetito-bulimia, opposizione

#### **Frequenza:**

0 = Mai  
 1 = Raramente, meno di una volta alla settimana  
 2 = Talvolta, circa una volta alla settimana  
 3 = Frequentemente, più volte alla settimana ma non tutti i giorni  
 4 = Molto frequentemente, quasi costantemente, una o più volte al giorno

#### **Gravità:**

0 = Assente  
 1 = Lieve (il sintomo non produce disturbo al paziente)  
 2 = Moderata (il sintomo comporta disturbo per il paziente)  
 3 = Severa (il sintomo è molto disturbante per il paziente, spesso richiede la somministrazione di farmaci)

#### **Stress emotivo o psicologico del Caregiver:**

0 = Nessuno  
 1 = Minimo  
 2 = Lieve  
 3 = Moderato  
 4 = Severo  
 5 = Grave

## 2. PUNTEGGIO MMSE: \_\_\_\_\_/30

(data somministrazione del test \_\_\_\_\_ a cura del dott. \_\_\_\_\_)