

# Protocollo di Valutazione del Deterioramento Cognitivo 2012

Esaminatore:

Data:        /        /

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Cognome e Nome:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Data e comune di nascita:</b>                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |
| <b>Sesso:</b><br><input type="checkbox"/> Maschio<br><input type="checkbox"/> Femmina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Età:</b><br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Scolarità:</b><br><input type="checkbox"/> Nessuna<br><input type="checkbox"/> Elementari<br><input type="checkbox"/> Medie Inferiori<br><input type="checkbox"/> Medie Superiori<br><input type="checkbox"/> Laurea<br><input type="checkbox"/> Non Rilevabile | <b>Mancinismo:</b><br><div></div> |
| <b>Cod. Fisc.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Documento di Riconoscim.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| <b>Lavoro:</b><br><input type="checkbox"/> 1.studente<br><input type="checkbox"/> 2.disoccupato/a<br><input type="checkbox"/> 3.casalingo/a<br><input type="checkbox"/> 4.operai/a<br><input type="checkbox"/> 5.impiegato/a<br><input type="checkbox"/> 6.artigiano/agricoltore<br><input type="checkbox"/> 7.commerciante/imprenditore<br><input type="checkbox"/> 8.professionista<br><input type="checkbox"/> 9.altro/non rilev. | <b>Indirizzo:</b><br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Recapiti telefonici:</b><br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Specifica Lavoro:</b><br><div></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| <b>Stato civile:</b><br><input type="checkbox"/> 1.celibe/nubile<br><input type="checkbox"/> 2.coniugato/a<br><input type="checkbox"/> 3.convivente<br><input type="checkbox"/> 4.separato/a<br><input type="checkbox"/> 5.divorziato/a<br><input type="checkbox"/> 6.vedovo/a<br><input type="checkbox"/> 7.religioso/a<br><br><input type="checkbox"/> 9.non rilev.                                                                | <b>care-giver:</b><br><input type="checkbox"/> 1.Genitori<br><input type="checkbox"/> 2.Coniuge<br><input type="checkbox"/> 3.figli<br><input type="checkbox"/> 4.fratelli/sorelle<br><input type="checkbox"/> 5.istituto pubblico<br><input type="checkbox"/> 6.vive solo con assist. famil.<br><input type="checkbox"/> 7.vive solo con assist. pubbl.<br><input type="checkbox"/> 8.vive solo senza assistenza<br><input type="checkbox"/> 9.non rilev. |                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                   |
| <b>anno e causa pensionamento:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | pensionato: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no<br>ha figli: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no                                                                                                                           |                                   |
| <b>Diagnosi di Invio:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>anno esordio sintomi:</b>                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |
| <b>Medico invio:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>C.C. n.:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Protocollo n. (ID.):</b><br><div></div>                                                                                                                                                                                                                         |                                   |
| <b>Diagnosi Definitiva:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>Anno:</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |

## SITUAZIONE FAMILIARE:

Fonte delle informazioni:

- ☐ paziente
- ☐ familiare
- ☐ altro
- ☐ non rilevato

## ANAMNESI FAMILIARE

|                           | Viv. | Dec. | Età | Causa<br>Decesso | Malattie |
|---------------------------|------|------|-----|------------------|----------|
| <b>Padre</b>              |      |      |     |                  |          |
| <b>Madre</b>              |      |      |     |                  |          |
| <b>1. Fratello</b><br>M F |      |      |     |                  |          |
| <b>2. Fratello</b><br>M F |      |      |     |                  |          |
| <b>3. Fratello</b><br>M F |      |      |     |                  |          |
| <b>4. Fratello</b><br>M F |      |      |     |                  |          |
| <b>5. Fratello</b><br>M F |      |      |     |                  |          |
|                           |      |      |     |                  |          |

- ☐ Familiarità down:
- ☐ Ordine di nascita del paziente:
- ☐ Età della madre alla nascita:

## ANAMNESI PERSONALE:

Alimentazione:

- ☐ 1.Regolare
- ☐ 2.In eccesso
- ☐ 3.In difetto
- ☐ 4.Anoressia
- ☐ 5.Bulimia
- ☐ 6.Dieta
- ☐ 9. non rilevato/rilevabile

Sonno:

- ☐ 1.Regolare
- ☐ 2.Difficoltà di addorment.
- ☐ 3.Risvegli frequenti
- ☐ 4.Risvegli precoci
- ☐ 5.Sonnolenza diurna
- ☐ 6.Agitazione notturna
- ☐ 9. non rilevato/rilevabile

Diuresi:

- ☐ 1.Regolare
- ☐ 2.Incontinenza
- ☐ 3.Imperiosità
- ☐ 4.ritenzione
- ☐ 9. non rilevato/rilevabile

Gravidanze:

Aborti:

Età Menopausa:

- ☐ Menopausa Fisiologica:
- ☐ Chirurgica:

## Fattori di rischio:

- ☐ Fumo (ha iniziato ....., ha smesso ....., quantità/die.....)
- ☐ Alcool (ha iniziato ....., ha smesso ....., quantità/die.....)
- ☐ Sostanze Stupefacenti (ha iniziato ....., ha smesso ....., quantità/die.....)
- ☐ Traumi Cranici:
- ☐ Ipertensione:
- ☐ Diabete:
- ☐ Malattie della Tiroide:
- ☐ Disturbi Psicichi:

□ Farmaci usati in passato (nome commerciale, dose, inizio e fine):

□ Farmaci attualmente in uso (nome commerciale, dose, inizio e fine):

## 1. ANAMNESI MEDICA

Chi fornisce le notizie:

Grado di parentela:

## 2. ESAME OBIETTIVO NEUROLOGICO

### ESAMI STRUMENTALI E BIOUMORALI (v. fotocopie allegate)

|                  |                   |                   |
|------------------|-------------------|-------------------|
| EEG _____        |                   |                   |
| TAC _____        | RM _____          |                   |
| SPECT _____      |                   |                   |
| ECODOPPLER _____ | ANGIOGRAFIA _____ |                   |
| Rx Torace _____  | Alleli APOE _____ |                   |
| T3 _____         | T4 _____          | TSH _____         |
| Vit. B12 _____   | Folati _____      | Omocisteina _____ |

### 3. ANAMNESI NEUROPSICOLOGICA CON IL PAZIENTE

Schema indicativo dei punti da toccare:

- consapevolezza riguardo ai propri disturbi
- Problemi pratici della vita quotidiana
- Problemi specifici nel lavoro/scuola
- Problemi di relazione con le persone: autonomia e sicurezza
- Paure e aspettative rispetto ai disturbi

#### **4. COLLOQUIO CON IL FAMILIARE**

**Chi fornisce le notizie:**

**Grado di parentela:**

Schema indicativo dei punti da toccare:

- Disturbi ed evoluzione nel tempo (quando e come sono iniziate le manifestazioni? che tipo di andamento hanno avuto successivamente – stabile, oscillante, in peggioramento lento, con rapide variazioni, ecc.)
- consapevolezza riguardo ai disturbi del paziente
- Problemi pratici della vita quotidiana
- Problemi specifici nel lavoro/scuola
- Problemi di relazione con le persone: autonomia e sicurezza
- Paure e aspettative rispetto ai disturbi