



IROCS Centro S. Giovanni
di Dio - Fatebenefratelli



Ambulatorio Traslazionale
per la Memoria



Istituto Sacro Cuore
Fatebenefratelli

C1

PROTOCOLLO CLINICO ANAMNESI

Sezioni		Pagine
Sezione 1	Dati sociodemografici e anamnestici del soggetto e del referente. Anamnesi fisiologica.	C1-C2
Sezione 2	Anamnesi cognitiva	C3
Sezione 3	Valutazione funzionale	C4
Sezione 4	Valutazione comportamentale	C5-C11
Sezione 5	Fattori di rischio per demenza e familiarità	C12-C13
Sezione 6	Valutazione della severità della demenza: CDR	C14
Sezione 7	Anamnesi patologica remota	C15
Sezione 8	Terapia corrente e anamnesi farmacologica	C16-C17
Sezione 9	Esami ematici	C18 (allegati)

Dati del Paziente

COGNOME _____ **NOME** _____

COD **Codice progetto** 2_____ (da 2000) **DATAVIS** **Data visita** [____]/[____]/[____]
(gg/mm/aa)

Nato/a a _____ **DATANAS** **Data nascita** [____]/[____]/[____]
(gg/mm/aa)

Indirizzo _____

Telefono _____

PROVEN **Provenienza** [1] Territorio [2] Ambulatori [3] DH Alzheimer
(Specificare) _____ (Specificare) _____

MMG Dottor _____

Motivo visita _____

Informazioni fornite da [0] Paziente [1] Referente

FOLL-UP **Eseguirà follow-up** [0] No [1] Sì

Eaminatore _____

Sezione 1: dati sociodemografici e anamnestici

DATI DEL PAZIENTE

SEX	[0] F [1] M Sesso	V2	[_____]	Scolarità (anni)
TITSTU	[1] Nessuno [2] Elementare [3] Media [4] Superiore [5] Laurea			Titolo di studio
PROF	[1] Casalinga [2] Agricoltore [3] Operaio [4] Impiegato [5] Insegnante [6] Professionista [7] Commerciante [8] Artigiano [9] Altro _____			Professione progressa
STATCIV	[1] Celibe [2] Coniugato [3] Vedovo [4] Divorziato [5] Convivente			Stato civile
CONVIV	[1] Solo [2] Coniuge [3] Figli [4] Parenti [5] Altre persone [6] Istituzione			Con chi vive
NGRAV	[_____] N° gravidanze	MEN1	[_____] Età menopausa	
MEN4	[0] No [1] Sì			Terapia ormonale sostitutiva
MEN8	[_____] Età di inizio	MEN9	[_____] Durata terapia (mesi)	
MODPES	[0] No [1] Sì, guadagno [2] Sì, perdita	Var. peso (ultimo anno)	INCRPES [_____] Quanti Kg?	

DATI DEL REFERENTE (Se non c'è Referente non compilare – codificare 999)

PAR_R	[1] Coniuge [2] Figlio/a [3] Nuora/genero [4] Altro _____	Rapporto di parentela
COGN_R	[_____]	Cognome
NOME_R	[_____]	Nome
SEX_R	[0] F [1] M Sesso	NASC_R [____]/[____]/[____] Data di nascita (gg/mm/aa)
SCOL_R	[_____]	Scolarità (anni)
TITSTU_R	[1] Nessuno [2] Elementare [3] Media [4] Superiore [5] Laurea	Titolo di studio
PROF_R	[1] Casalinga [2] Agricoltore [3] Operaio [4] Impiegato [5] Insegnante [6] Professionista [7] Commerciante [8] Artigiano [9] Altro _____	Professione progressa
STATCI_R	[1] Celibe [2] Coniugato [3] Vedovo [4] Divorziato [5] Convivente	Stato civile
CONVPZ	[1] Sì [2] No: vicini di pianerottolo (o stesso stabile) [3] No: a meno di 500 m [4] No: stesso paese [5] No: paesi diversi	Vive col soggetto

Sezione 3: valutazione funzionale

ATTIVITA' AVANZATE DELLA VITA QUOTIDIANA (SOMMINISTRARE SOLO SE MMSE ≥ 24)

(NA: non applicabile se non ha mai praticato l'attività in questione)

Negli ultimi 6 mesi, ha notato una riduzione della frequenza nel:

	NO	SI	NA	
AADL1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Vedere amici o parenti</i>
AADL2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Fare telefonate</i>
AADL3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Praticare hobby o lavori (maglia, giardino)?</i>
AADL4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Leggere libri o giornali</i>
AADL5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Ascoltare della musica o la radio</i>
AADL6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Andare al cinema o a teatro</i>
AADL7	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Andare in chiesa</i>
AADL8	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Andare al bar o a giocare a carte</i>
AADL9	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Incontri di gruppo (politici, religiosi)</i>
AADL10	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Fare passeggiate a piedi</i>
AADL11	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Fare passeggiate in bicicletta</i>
AADL12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Fare ginnastica</i>
AADL13	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> NA	<i>Altra attività sportive (tennis, jogging)</i>

BARTHEL INDEX (Mahoney, 1965)

		Incapace	Tentativi	Aiuto moderato	Aiuto minimo	Capace	BADL	
BART3	Igiene personale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
BART4	Fare Il Bagno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
BART2	Vestirsi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
BART8	Usare Il W.C.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
BART10	Fare Le Scale	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10		
BART9	Camminare in piano	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
BART7	Spostarsi da sedia a letto	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 15		
BART6	Controllo Urine	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
BART5	Controllo Alvo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10		
BART1	Mangiare	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1	
Totale Barthel							BADL perse	

ATTIVITA' STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL Lawton, 1969)

IADL1 Telefono	<input type="checkbox"/> 1	Usa il telefono di propria iniziativa	<input type="checkbox"/> 4	Non risponde al telefono
	<input type="checkbox"/> 2	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	<input type="checkbox"/> 9	Non applicabile
	<input type="checkbox"/> 3	Risponde ma non è capace di comporre il numero		
IADL2 Fare acquisti	<input type="checkbox"/> 1	Fa tutte le proprie spese senza aiuto	<input type="checkbox"/> 2	Fa piccoli acquisti senza aiuto
			<input type="checkbox"/> 3	Ha bisogno di essere accompagnato
			<input type="checkbox"/> 4	Completamente incapace di fare acquisti
			<input type="checkbox"/> 9	Non applicabile
IADL3 Cucina	<input type="checkbox"/> 1	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	<input type="checkbox"/> 2	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti
			<input type="checkbox"/> 3	Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata
			<input type="checkbox"/> 4	Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti
			<input type="checkbox"/> 9	Non applicabile
IADL4 Governo casa	<input type="checkbox"/> 1	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza	<input type="checkbox"/> 4	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa
	<input type="checkbox"/> 2	Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene pulizia della casa	<input type="checkbox"/> 9	Non applicabile
	<input type="checkbox"/> 3	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione		
IADL5 Biancheria	<input type="checkbox"/> 1	Fa il bucato personalmente (anche lavatrice)	<input type="checkbox"/> 3	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri
	<input type="checkbox"/> 2	Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	<input type="checkbox"/> 9	Non applicabile
IADL6 Trasporto	<input type="checkbox"/> 1	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	<input type="checkbox"/> 4	Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza
	<input type="checkbox"/> 2	Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	<input type="checkbox"/> 5	Non si sposta per niente
	<input type="checkbox"/> 3	Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	<input type="checkbox"/> 9	Non applicabile
IADL7 Uso dei farmaci	<input type="checkbox"/> 1	Prende le medicine che gli sono state prescritte	<input type="checkbox"/> 2	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate
			<input type="checkbox"/> 3	Non è in grado di prendere le medicine da solo
			<input type="checkbox"/> 9	Non applicabile
IADL8 Finanze	<input type="checkbox"/> 1	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente	<input type="checkbox"/> 3	E' incapace di maneggiare i soldi
	<input type="checkbox"/> 2	E' in grado di fare piccoli acquisti	<input type="checkbox"/> 9	Non applicabile

IADL perse _____

Sezione 4: valutazione comportamentale

(Se non c'è Referente non compilare – codificare 999)

NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (modificato da Cummings, 1994)

Istruzioni: disturbi comportamentali presenti attualmente (riferito al mese precedente).

		FREQUENZA					GRAVITÀ				
Deliri	FDEL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GDEL	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Allucinazioni	FALLU	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GALLU	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Agitazione	FAGI	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GAGI	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Aggressività	FAGGR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GAGGR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Depressione	FDEPR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GDEPR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ansia	FANS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GANS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Euforia	FEUF	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GEUF	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Apatia	FAPA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GAPA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Disinibizione	FDIS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GDIS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Irritabilità	FIRR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GIRR	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
AMA	FAMA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GAMA	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Insonnia	FINSON	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GINSON	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ipersonnia	FIPERSO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GIPERSO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sonno REM	FREM	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GREM	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Iporessia	FIPORES	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GIPORES	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Iperfagia	FIPERF	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GIPERF	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Comp alimentare	FALIM	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GALIM	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

DESCRIZIONE DISTURBI COMPORTAMENTALI

DELIRI. Crede cose che non sono vere? Per esempio: dice che qualcuno stava cercando di fargli del male? O che qualcuno gli sposta o gli ruba le cose (preziosi, soldi, vestiti) -magari quando non sa dove le ha riposte-? Oppure dice che i componenti della famiglia non sono chi dicono di essere, o che la sua casa non è casa sua, o che i vestiti nel suo armadio non sono suoi? Se sì, è convinto che queste cose stiano realmente accadendo?

ALLUCINAZIONI: Dice di vedere o sentire o provare e sembrava effettivamente veda o senta o provi cose non presenti? Non si intende convinzioni sbagliate (es, dire che una persona morta è ancora viva; oppure riferire presenze o suoni, odori, rumori inesistenti ma "appena successi", o "prima che tu arrivassi", o "nella stanza di là"). Si vuol sapere se effettivamente ha visioni o altre sensazioni irreali mentre lei è presente (es.: "guarda quanta gente c'è qui", "che bel bambino è entrato in casa", "sci sono donne che parlano in strada", "qualcuno mi sta chiamando", "il muro è pieno di animaletti?", ecc...)

AGITAZIONE/AGGRESSIVITÀ. Si rifiuta di collaborare o non si lascia aiutare nemmeno dai famigliari con cui è in confidenza? E' testardo e difficile da consigliare? Ha delle reazioni violente o brusche rispetto al solito?

DEPRESSIONE/DISFORIA. Sembra o dice di sentirsi triste, depresso, "giù di corda"? Dice di essere stanco della vita, di essere inutile, ("cosa ci faccio al mondo", "ormai sono vecchio", "è ora di andare al ricovero", ecc....)

ANSIA. E' nervoso, allarmato, spaventato senza veri motivi? Sembra inquieto, teso o agitato? E' meno tranquillo se lontano da voi o se rimane da solo? Manifesta paure o tensioni nel fare cose che in passato non gli procuravano nessuna preoccupazione (es. piccole commissioni, spostamenti in autobus, ecc.)?

ESALTAZIONE/EUFORIA. E' eccessivamente allegro, euforico, ilare senza motivo? Trova ridicole cose che per gli altri non lo sono, o che lui stesso in passato non avrebbe trovato divertenti?. E' più fatuo e superficiale?

APATIA/INDIFFERENZA. Ha perso la curiosità nei confronti del mondo che lo circonda? Non si interessa più dei suoi affetti, del lavoro, delle sue cose, o è meno motivato ad iniziare cose nuove? Tende a non introdursi nelle conversazioni, o chiacchiera meno volentieri (es. tende a tagliare corto) rispetto al passato? Appare svogliato e trascura le faccende di casa, o la cura dell'orto o del giardino? E' apatico e indifferente a tutto, "menefreghista"?

DISINIBIZIONE. Sembra fare le cose impulsivamente, senza pensarci? Fa cose strane e inopportune in pubblico (es sistemarsi la cerniera dei pantaloni, infilarsi le dita nel naso, o peggio) che di solito non faceva? Dice con disinvoltura cose sgradevoli (anche vere, ma inopportune o "da non dire") che di solito non diceva in pubblico o in faccia all'interessato? E' meno delicato e riservato rispetto al suo standard?

IRRITABILITÀ/LABILITÀ. Si irrita o si arrabbia con più facilità rispetto al solito? Il suo umore è più instabile e variabile rispetto al solito (es. presenta rapidi cambiamenti di umore, sembra contento e all'improvviso si arrabbiava)? E' impaziente in modo anormale?.

COMPORAMENTO MOTORIO ABERRANTE. Continua a camminare per la casa senza uno scopo e sembra incapace di rimanere seduto? Fa e rifà le stesse cose (es aprire e chiudere gli armadi; frugare nei cassetti; aprire, svuotare e controllare la borsa o il portafogli)? Sposta in continuazione gli oggetti? "Giocherella" con i bottoni o con il fazzoletto, attorciglia stringhe, lacci, capelli?

SONNO. Presenta disturbi del sonno? Dorme poco di notte e/o troppo di giorno? Sta alzato, vaga per la casa durante la notte? Si cambia d'abito o si comporta come se fosse giorno? Disturba il sonno dei famigliari? (da non considerare se si alza due o tre volte notte per andare in bagno, ma torna a letto e si addormenta subito).

DISTURBI DELL'APPETITO E DELL'ALIMENTAZIONE. Mangiava troppo o è inappetente? Rifiuta il cibo? Ha cambiato abitudini, gusti o preferenze alimentari?. Ha avuto variazioni di peso?

Sezione 5: fattori di rischio (riferiti)

FUMO DI SIGARETTA

SIGA	[_____]	n° sigarette	<i>Quante sigarette fuma o fumava al giorno?</i>
SIGAI	[_____]	Età inizio	SIGAF [_____] Età fine
SIGA1	[_____]	n° sigarette	<i>Quante sigarette fuma o fumava al giorno?</i>
SIGA1I	[_____]	Età inizio	SIGA1F [_____] Età fine
SIGA2	[_____]	n° sigarette	<i>Quante sigarette fuma o fumava al giorno?</i>
SIGA2I	[_____]	Età inizio	SIGA2F [_____] Età fine
SIGA3	[_____]	n° sigarette	<i>Quante sigarette fuma o fumava al giorno?</i>
SIGA3I	[_____]	Età inizio	SIGA3F [_____] Età fine

FUMO DI PIPA

PIPA	[_____]	n° sigarette	<i>Quanti sigari (o fumo di pipa) fuma o fumava al giorno?</i>
PIPAI	[_____]	Età inizio	PIPAF [_____] Età fine
PIPA1	[_____]	n° sigarette	<i>Quanti sigari (o fumo di pipa) fuma o fumava al giorno?</i>
PIPA1I	[_____]	Età inizio	PIPA1F [_____] Età fine
PIPA2	[_____]	n° sigarette	<i>Quanti sigari (o fumo di pipa) fuma o fumava al giorno?</i>
PIPA2I	[_____]	Età inizio	PIPA2F [_____] Età fine

ALCOLICI - VINO

VINO	[_____]	n° di bicchieri	<i>Quanto vino beve o beveva alla settimana?</i>
VINOI	[_____]	Età inizio	VINOF [_____] Età fine
VINO1	[_____]	n° di bicchieri	<i>Quanto vino beve o beveva alla settimana?</i>
VINO1I	[_____]	Età inizio	VINO1F [_____] Età fine
VINO2	[_____]	n° di bicchieri	<i>Quanto vino beve o beveva alla settimana?</i>
VINO2I	[_____]	Età inizio	VINO2F [_____] Età fine

ALCOLICI - BIRRA

BIRRA	[_____]	n° di bicchieri	<i>Quanta birra beve o beveva alla settimana?</i>
BIRRAI	[_____]	Età inizio	BIRRAF [_____] Età fine
BIRRA1	[_____]	n° di bicchieri	<i>Quanta birra beve o beveva alla settimana?</i>
BIRRA1I	[_____]	Età inizio	BIRRA1F [_____] Età fine
BIRRA2	[_____]	n° di bicchieri	<i>Quanta birra beve o beveva alla settimana?</i>
BIRRA2I	[_____]	Età inizio	BIRRA2F [_____] Età fine

ALCOLICI - SUPERALCOLICI

ALC	[_____]	n° di bicchieri	<i>Quanti superalcolici beve o beveva alla settimana?</i>
ALCI	[_____]	Età inizio	ALCF [_____] Età fine
ALC1	[_____]	n° di bicchieri	<i>Quanti superalcolici beve o beveva alla settimana?</i>
ALC1I	[_____]	Età inizio	ALC1F [_____] Età fine
ALC2	[_____]	n° di bicchieri	<i>Quanti superalcolici beve o beveva alla settimana?</i>
ALC2I	[_____]	Età inizio	ALC2F [_____] Età fine

FATTORI DI RISCHIO PER DEMENZA

FAMDEM	[0] No [1] Si	CHI _____	Familiarità per demenza (n° di familiari di primo grado affetti da demenza)	
TRACRA	[0] No [1] Si		Traumi cranici progressivi (traumi cranici che abbiano necessitato visita medica o ricovero ospedaliero, con perdita di coscienza)	
TRACRA1	[_____]	anno di presentazione		
FANS	[0] No [1] Si		FANS (uso quotidiano)	
FANS1	[_____]	tipo	FANS2	[_____] dosaggio
FANS3	[_____]	anno di inizio terapia	FANS4	[_____] durata terapia (mesi)
DEPR	[0] No [1] Si		Depressione progressiva (che abbia necessitato visita medica o psicologica, o terapia antidepressiva)	
DEPR1	[_____]	età di esordio (1° epis.)	DEPR2 [_____]	età fine (1° ep.)
DEPR3	[_____]	n° episodi		
DEPRATT	[0] No [1] Si		Se sì, rispetto a 5 anni fa si sente più triste e/o depresso?	
DELPRE	[0] No [1] Si		Episodi di delirium progressivi	
DELPRE1	[_____]	età di esordio (1° episodio)	DELPRE2 [_____]	età fine (1° ep.)
DELPRE3	[_____]	n° episodi		
DELPA	[0] No [1] Si		Parafrenia o delirio paranoideo progressivo	
DELPA1	[_____]	età di esordio (1° episodio)	DELPA2 [_____]	età fine (1° ep.)
DELPA3	[_____]	n° episodi		
PSICPRE	[0] No [1] Si		Altre malattie psichiatriche progressive	
PSICH1	[_____]	età di esordio (1° episodio)	PSICH2 [_____]	età fine (1° ep.)
PSICH3	[_____]	n° episodi		
ICTUS	[0] No [1] Si		Accidenti cerebrovascolari	
ICTUS1	[_____]	età di esordio (1° episodio)	ICTUS2 [_____]	età fine (1° ep.)
ICTUS3	[_____]	n° episodi		

ANAMNESI FAMILIARE (DISCORSIVA)

Padre _____

Madre _____

Fratelli _____

Figli _____

Altri famigliari _____

Albero genealogico:

Sezione 6: valutazione della severità della demenza
(Se non c'è Referente non compilare – codificare 999)

CLINICAL DEMENTIA RATING scale (Hughes, 1982)

VEDI MODULO DIAGNOSI

Sezione 7: anamnesi patologica remota

DIAGNOSI RIFERITE

			Da*	Terapia da ⁵		
IPERT	[0] No	[1] Si	DURIP _____	TERIP _____		Iperensione.
DIAB	[0] No	[1] Si	DURDI _____	TERDI _____		Diabete mellito o intolleranza glucidica
CUORE	[0] No	[1] Si	DURCU _____	TERCU _____		Cardiopatia (<i>angina, IMA, FA, scompenso, valvulopatia, coronaropatia</i>)?
COLEST	[0] No	[1] Si	DURCO _____	TERCO _____		Ipercolesterolemia.
ARTERIE	[0] No	[1] Si	DURAR _____	TERAR _____		Arterie (<i>arteriopatia obliterante, aterosclerosi periferica</i>).
VENE	[0] No	[1] Si	DURVEN _____	TERVEN _____		Vene (<i>varici, insufficienza venosa, TVP</i>).
ANEM	[0] No	[1] Si	DURAN _____	TERAN _____		Anemia (<i>anemia, leucemia, linfoma, mieloma, gammopatia</i>)
RESP	[0] No	[1] Si	DURRES _____	TERRES _____		Respiratorio (<i>tubercolosi, bronchite cronica, enfisema polmonare, silicosi</i>)
OCCH	[0] No	[1] Si	DUROCC _____	TEROCC _____		Occhi (<i>cataratta, glaucoma</i>)?
ORECC	[0] No	[1] Si	DURORE _____	TERORE _____		Orecchie (<i>otite, labirintite</i>)?
NASGOL	[0] No	[1] Si	DURNAS _____	TERNAS _____		Naso e gola (<i>naso, gola, laringe</i>).
GISUP	[0] No	[1] Si	DURGIS _____	TERGIS _____		Tratto gastro-intestinale superiore (<i>esofago, stomaco, duodeno, colecisti e pancreas</i>)
GIINF	[0] No	[1] Si	DURGII _____	TERGII _____		Tratto gastro-intestinale inferiore (<i>intestino, ernie</i>)
EPAT	[0] No	[1] Si	DUREPA _____	TEREPA _____		Epatico (<i>solo fegato</i>)
RENE	[0] No	[1] Si	DURREN _____	TERREN _____		Renale (<i>solo rene</i>)
GENUR	[0] No	[1] Si	DURGUR _____	TERGUR _____		Altri genito-urinari (<i>ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali</i>)
MUSCH	[0] No	[1] Si	DURMU _____	TERMU _____		Muscolo-scheletrico (<i>muscoli, ossa</i>)
CUTE	[0] No	[1] Si	DUTCUT _____	DUTCUT _____		Tegumentario (<i>cute</i>). <i>Es. eczema cronico, psoriasi...</i>
NEUROL	[0] No	[1] Si	DURNEU _____	TERNEU _____		Neurologico (<i>es. ictus, Parkinson, ernia del disco, neuropatia</i>)
TIROID	[0] No	[1] Si	DURTIR _____	TERTIR _____		Tiroide (<i>tiroidite autoimmune, ipotiroidismo o ipertiroidismo franco o subclinico</i>).
ENDOCR	[0] No	[1] Si	DUREND _____	TEREND _____		Endocrino (<i>ipo- o iperparatiroidismo, Cushing, sclerodermia, ecc.; escluso diabete mellito</i>)
AUTOIM	[0] No	[1] Si	DURAUT _____	TERAUT _____		Malattie autoimmuni (<i>LES, artrite reumatoide, polimialgia reumatica</i>).
PSICH	[0] No	[1] Si	DURPSY _____	TERPSY _____		Psichiatrico-Comportamentale (<i>demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi</i>)

* : numero di anni di malattia; ⁵: numero di anni di trattamento. In caso di terapia non in trattamento, segnare -1

Sezione 8: Terapia corrente ed anamnesi farmacologia**FARMACI ALL'OSSERVAZIONE**

	<i>Nome commerciale</i>	<i>Formulazione e dose (es. cp 5 mg 1+1 ore 8-20)</i>	<i>Codice ATC</i>
FARM1	_____	_____	ATC1 _____
FARM2	_____	_____	ATC2 _____
FARM3	_____	_____	ATC3 _____
FARM4	_____	_____	ATC4 _____
FARM5	_____	_____	ATC5 _____
FARM6	_____	_____	ATC6 _____
FARM7	_____	_____	ATC7 _____
FARM8	_____	_____	ATC8 _____
FARM9	_____	_____	ATC9 _____
FARM10	_____	_____	ATC10 _____

Compliance alla terapia	[1] Buona	[2] Discreta	[3] Dubbia	[4] Scarsa	[5] Nulla
--------------------------------	-----------	--------------	------------	------------	-----------

Sezione 9: Esami ematici

VEDI ALLEGATI