



IRCCS Centro S. Giovanni
di Dio



Ambulatorio Transazionale
per la Memoria



S1

Istituto Sacro Cuore
Fatebenefratelli

PROTOCOLLO CLINICO VISITA_

Sezioni

Pagine

Sezione 1	Sintomi somatici
Sezione 2	Esame obiettivo neurologico e prove di performance fisica
Sezione 3	Insight e sintomi depressivi: CIR, GRAD e BSI
Sezione 4	Valutazione cognitiva (MMSE, Clock Drawing Test, Test dei 3 oggetti, 3 luoghi)
Sezione 5	EHI
Sezione 6	Orientamento diagnostico
Sezione 7	Flow-chart Percorso diagnostico
Sezione 8	Criteri diagnostici
Allegato	Relazione di dimissione

COGNOME _____

NOME _____

COD 2_____ (da 2000)

Codice progetto

Sezione 1: esame obiettivo somatico

STATO NUTRIZIONALE

PESO [] Peso in Kg

ALTEZ [] Altezza in cm

Stato nutrizionale

PRESSIONE ARTERIOSA

PMASSDX1 [] mmHg

PMINSDX1 [] mmHg

Sistolica e Diastolica braccio dx

PMASSSX1 [] mmHg

PMINSSX1 [] mmHg

Sistolica e Diastolica braccio sx

Sezione 2: esame obiettivo neurologico e prove di performance

TONO	Tipo					Grado						
	Norm	Plast	Spast	Misto	Ipot	Ass	Lieve	L-Mo	Mod	Sev		
TONOASD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GRADASD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Tono AS dx</i>
TONOASS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GRADASS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Grado AS dx</i>
TONOAID	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GRADAID	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Tono AS sx</i>
TONOAIS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	GRADAIS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Grado AS sx</i>

FORZA

	DX			SX				
	Non slivella	Pronaz. / Slivella <10cm	Slivella	Non slivella	Pronaz. / Slivella <10cm	Slivella		
EMIPASD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EMIPASS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<i>Forza AASS</i>
EMIPAID	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	EMIPAIS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<i>Forza AAI</i>

RIFLESSI OSTEOTENDINEI:

	DX						SX							
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
ROTASD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	ROTASS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<i>ROT AASS</i>
ROTAID	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	ROTAIS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<i>ROT AAI</i>

Legenda: [0]= assenza di riflesso; [1]= riflesso debole, inferiore al normale (incluse le risposte ottenute con rinforzo); [2]= riflesso normale, al di sotto della norma per età (dal 50° percentile in giù); [3]= riflesso normale, al di sopra della norma per età (dal 50° percentile in su); [4]= riflesso molto vivace o esagerato, (incluso accenno al clono, se presente); [5]= clono sostenuto.

SEGNI PIRAMIDALI/CORTICALI:

	DX				SX					
	No	SCP indiff	Dubbio	Sì	No	SCP indiff	Dubbio	Sì		
BABD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	BABS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<i>AAII (Babinski)</i>

ALTRI SEGNI CORTICALI:

APRAX	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Aprassia</i>	AFAS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Afasia</i>
DISART	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Disartria</i>	PARSG	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Paralisi sguardo</i>

SEGNI DI LIBERAZIONE FRONTALE (Tweedy, 1982) (SE SOSPETTA PATOLOGIA FRONATALE)

MUSO	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Muso</i>	SUZ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Suzione</i>
PALMDX	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>PM destro</i>	PALMSX	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>PM sinistro</i>
GRASPD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Grasping destro</i>	GRASPSX	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Grasping sinistro</i>

SEGNI CEREBELLARI (SE SOSPETTA PATOLOGIA CEREBELLARE)

	DX		SX			
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		
IND	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	INS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Dismetria indice-naso</i>
TGD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	TGS	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<i>Dismetria tallone-ginocchio</i>

EXTRAPYRAMIDAL SYMPTOMS SCORE (EPS) (RICHARDS)

EPS1	<input type="checkbox"/> 0 Normale <input type="checkbox"/> 1 Lieve perdita di espressività e/o lieve calo del tono di voce <input type="checkbox"/> 2 Monotono, impastato ma comprensibile, moderatamente compromesso <input type="checkbox"/> 3 Marcata compromissione e difficoltà alla comprensione <input type="checkbox"/> 4 Incomprensibile	Linguaggio
EPS2	<input type="checkbox"/> 0 Assente <input type="checkbox"/> 1 Talvolta presente e di lieve entità <input type="checkbox"/> 2 Di ampiezza minima e presente per la maggior parte del tempo <input type="checkbox"/> 3 Di ampiezza moderata e presente per la maggior parte del tempo <input type="checkbox"/> 4 Di ampiezza marcata e presente per la maggior parte del tempo	Tremore a riposo (parkinsoniano)
EPS3	<input type="checkbox"/> 0 Normale <input type="checkbox"/> 1 Lieve ipomimia, quasi normale <input type="checkbox"/> 2 Lieve ma chiara diminuzione della espressività <input type="checkbox"/> 3 Moderata ipomimia: labbra talvolta socchiuse <input type="checkbox"/> 4 "Masked face" con completa inespressività; labbra socchiuse di 1 cm o più	Espressione del viso
EPS4	<input type="checkbox"/> 0 Assente <input type="checkbox"/> 1 Lieve ma evidenziabile solo allo specchio <input type="checkbox"/> 2 Da lieve a moderata <input type="checkbox"/> 3 Marcata ma escursione del movimento non compromessa <input type="checkbox"/> 4 Severa con escursione del movimento non compromessa	Rigidità
EPS5	<input type="checkbox"/> 0 Normale <input type="checkbox"/> 1 Lievemente inclinata in avanti (potrebbe essere quella di un anziano normale) <input type="checkbox"/> 2 Moderatamente inclinata in avanti, chiaramente anormale; possibile lieve inclinazione laterale <input type="checkbox"/> 3 Gravemente inclinata in avanti, cifosi; possibile moderata inclinazione laterale <input type="checkbox"/> 4 Marcata flessione con importante anomalia della postura	Stazione eretta
EPS6	<input type="checkbox"/> 0 Normale <input type="checkbox"/> 1 Cammina lentamente, possibile strascicamento con piccoli passi, non festinazione nè propulsione <input type="checkbox"/> 2 difficoltà, ma poca o nulla assistenza, possibili festinazione, piccoli passi, propulsione <input type="checkbox"/> 3 Severo disturbo della marcia che richiede assistenza <input type="checkbox"/> 4 Non è in grado di camminare nemmeno con assistenza	Deambulazione
EPS7	<input type="checkbox"/> 0 Assente <input type="checkbox"/> 1 Minimo rallentamento (potrebbe essere di un anziano normale). Possibile riduzione di ampiezza. <input type="checkbox"/> 2 Chiaramente anormale rallentamento e povertà e/o riduzione di ampiezza del movimento <input type="checkbox"/> 3 Moderata lentezza nel movimento, povertà o ridotta ampiezza <input type="checkbox"/> 4 Marcata lentezza, povertà o ridotta ampiezza del movimento	Bradichinesia

TINETTI SCALE: EQUILIBRIO (Tinetti, 1986)

TINEQ1	<input type="checkbox"/> 0 Si inclina, scivola dalla sedia <input type="checkbox"/> 1 E' stabile, sicuro	<i>Equilibrio da seduto</i>
TINEQ2	<input type="checkbox"/> 0 E' incapace senza aiuto <input type="checkbox"/> 1 Deve aiutarsi con le braccia <input type="checkbox"/> 2 Si alza senza aiutarsi con le braccia	<i>Alzarsi dalla sedia</i>
TINEQ3	<input type="checkbox"/> 0 E' incapace senza aiuto <input type="checkbox"/> 1 Capace, ma richiede più di un tentativo <input type="checkbox"/> 2 Capace al primo tentativo	<i>Tentativo di alzarsi</i>
TINEQ4	<input type="checkbox"/> 0 Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) <input type="checkbox"/> 1 Stabile grazie all' uso di bastone o altri ausili <input type="checkbox"/> 2 Stabile senza ausili	<i>Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.)</i>
TINEQ5	<input type="checkbox"/> 0 Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco) <input type="checkbox"/> 1 Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm) <input type="checkbox"/> 2 Stabile, a base stretta, senza supporti	<i>Equilibrio nella stazione eretta prolungata</i>
TINEQ6	<input type="checkbox"/> 0 Instabile <input type="checkbox"/> 1 Stabile	<i>Romberg</i>
TINEQ7	<input type="checkbox"/> 0 Comincia a cadere <input type="checkbox"/> 1 Oscilla, ma si riprende da solo <input type="checkbox"/> 2 Stabile	<i>Romberg sensibilizzato</i>
TINEQ8A	<input type="checkbox"/> 0 A passi discontinui <input type="checkbox"/> 1 A passi continui	<i>Girarsi a 360°</i>
TINEQ8B	<input type="checkbox"/> 0 Instabile <input type="checkbox"/> 1 Stabile	<i>Girarsi a 360°</i>
TINEQ9	<input type="checkbox"/> 0 Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) <input type="checkbox"/> 1 Usa le braccia o ha un movimento discontinuo <input type="checkbox"/> 2 Sicuro, movimento continuo	<i>Sedersi</i>

TINETTI SCALE: ANDATURA (Tinetti, 1986)

TINAN1	<input type="checkbox"/> 0 Una certa esitazione, o più tentativi <input type="checkbox"/> 1 Nessuna esitazione	<i>Inizio della deambulazione</i>
TINAN2A	<input type="checkbox"/> 0 Il piede dx non supera il sx <input type="checkbox"/> 1 Il piede dx supera il sx	<i>Lunghezza ed altezza del passo: piede dx</i>
TINAN2B	<input type="checkbox"/> 0 Il piede dx non si alza completamente dal pavimento <input type="checkbox"/> 1 Il piede dx si alza completamente dal pavimento	
TINAN3A	<input type="checkbox"/> 0 Il piede sx non supera il dx <input type="checkbox"/> 1 Il piede sx supera il dx	<i>Lunghezza ed altezza del passo: piede sx</i>
TINAN3B	<input type="checkbox"/> 0 Il piede sx non si alza completamente dal pavimento <input type="checkbox"/> 1 Il piede sx si alza completamente dal pavimento	
TINAN4	<input type="checkbox"/> 0 Il passo dx e il sx non sembrano uguali <input type="checkbox"/> 1 Il passo dx e il sx sembrano uguali	<i>Simmetria del passo</i>
TINAN5	<input type="checkbox"/> 0 Interrotto o discontinuo <input type="checkbox"/> 1 Continuo	<i>Continuità del passo</i>
TINAN6	<input type="checkbox"/> 0 Deviazione marcata <input type="checkbox"/> 1 Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili <input type="checkbox"/> 2 Assenza di deviazione e di uso di ausili	<i>Traiettorie</i>
TINAN7	<input type="checkbox"/> 0 Marcata oscillazione o uso di ausili <input type="checkbox"/> 1 Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia <input type="checkbox"/> 2 Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	<i>Tronco</i>
TINAN8	<input type="checkbox"/> 0 I talloni sono separati <input type="checkbox"/> 1 I talloni quasi si toccano durante il cammino	<i>Cammino</i>

Sezione 3: valutazione dell'insight e dei sintomi depressivi

CLINICAL INSIGHT RATING SCALE (Ott, 1992)

	0	1	2	
	insight completo	insight parziale	insight nullo	
CIR1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<i>Consapevolezza della ragione della visita</i>
CIR2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<i>Consapevolezza del deficit cognitivo.</i>
CIR3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<i>Consapevolezza dei deficit funzionali</i>
CIR4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<i>Consapevolezza della progressione della malattia</i>

Consapevolezza della ragione della visita: Il paziente è valutato in base al grado di consapevolezza che egli sta vedendo il medico per richiesta di qualcuno, per una specifica ragione. Punteggio 1: consapevolezza che il paziente sta vedendo il medico per richiesta dei parenti, ma non sa riferire il motivo della visita e il tipo di medico. **Consapevolezza del deficit cognitivo:** Il paziente è valutato in base al grado di consapevolezza che vi è un problema di memoria o di altre attività mentali. Punteggio 1: consapevolezza della disfunzione di memoria, ma che il paziente non riferisce come un problema. **Consapevolezza dei deficit funzionali:** Il paziente è valutato in base al grado di consapevolezza che ci sono problemi nelle attività funzionali della vita quotidiana come l'occupazione, l'amministrazione del denaro, gli appuntamenti, le attività strumentali. **Consapevolezza della progressione della malattia:** Il paziente è valutato in base al grado di consapevolezza della progressione della malattia, misurata secondo le funzioni di base del paziente al tempo dell'insorgenza della demenza e basata sull'informazione derivata da referti medici così come dall'intervista.

BRIEF SYMPTOM INVENTORY (De Leo, 1993)

Depressione

	Per niente	Un poco	Moderat.	Parecchio	Molto	
BSI6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Idee di togliersi la vita</i>
BSI3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Sentirsi solo</i>
BSI1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Sentirsi giù di morale</i>
BSI2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Mancanza di interesse nelle cose</i>
BSI5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Guardare al futuro senza speranza</i>
BSI4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Sentimenti di inutilità</i>

Totale depressione _____/24

Ansia

	Per niente	Un poco	Moderat.	Parecchio	Molto	
BSIA6	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Nervosismo o agitazione interna</i>
BSIA3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Paure improvvise senza ragione</i>
BSIA1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Senso di paura</i>
BSIA2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Sentirsi teso e sulle spine</i>
BSIA5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Momenti di terrore o panico</i>
BSIA4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<i>Senso di irrequietezza tanto da non poter stare seduto</i>

Totale ansia _____/24

PEQOL DISTURBI DEL SONNO (De Leo, 1998)

	Mai	1-3	4-7	8-14	15-21	22-31	Nell'ultimo mese, per quanti giorni:
PEQOL1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<i>Ha avuto difficoltà ad addormentarsi?</i>
PEQOL2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<i>Si è svegliato almeno 2 volte durante la notte?</i>
PEQOL3	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<i>Si è svegliato troppo presto e ha avuto difficoltà a riaddormentarsi?</i>
PEQOL4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<i>Si è svegliato già stanco, anche se aveva dormito come al solito?</i>
PEQOL5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<i>Ha avuto difficoltà a stare sveglio e ha avuto bisogno di riposare di giorno?</i>

Totale sonno _____/25

Sezione 4: valutazione cognitiva (MMSE imputazione alternativa)

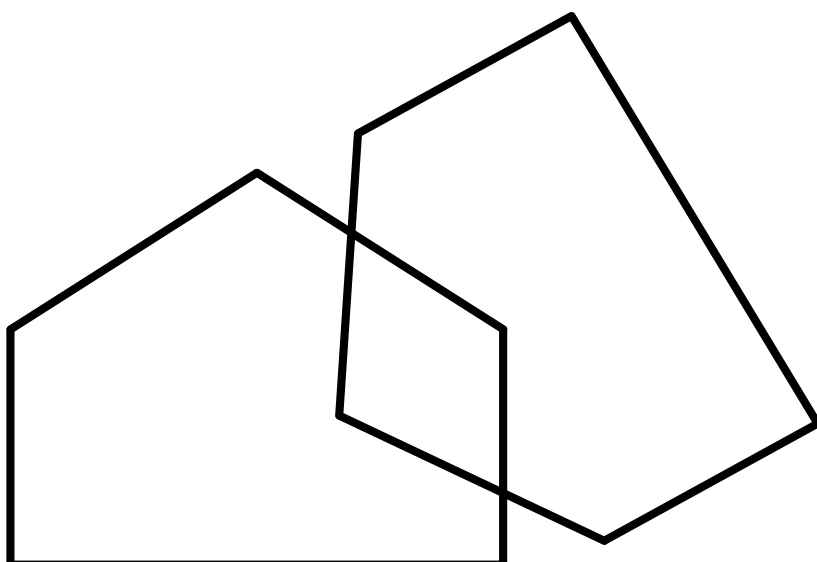
MINI MENTAL STATE Examination (Folstein, 1975)

MMSE1A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 data giorno	MMSE1B <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 mese	
MMSE1C <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 anno	MMSE1D <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 giorno della settimana	
MMSE1E <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 stagione		Orient. tempo [_____]
MMSE2A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 luogo	MMSE2B <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 piano	
MMSE2C <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 città	MMSE2D <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 regione	
MMSE2E <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 stato		Orient. spazio [_____]
MMSE3A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 CIELO	MMSE3B <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 RANA	
MMSE3C <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 SPINA		Memoria I [_____]
CALC1	MMSE41A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>back-7 (I)</i>	
CALC2	MMSE41B <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>back-7 (II)</i>	
CALC3	MMSE41C <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>back-7 (III)</i>	
CALC4	MMSE41D <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>back-7 (IV)</i>	
CALC5	MMSE41E <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>back-7 (V)</i>	
		Calcolo [_____]
SPELL1	MMSE42A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>b-spell (I)</i>	
SPELL2	MMSE42B <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>b-spell (II)</i>	
SPELL3	MMSE42C <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>b- spell (III)</i>	
SPELL4	MMSE42D <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>b-spell (IV)</i>	
SPELL5	MMSE42E <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <i>b- spell (V)</i>	
		Spelling [_____] Attenzione [_____]
1	2	3
MMSE3A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 CIELO	MMSE3B <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 RANA	
MMSE3C <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 SPINA		Memoria D [_____]
MMSE6A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 MATITA	MMSE6B <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 OROLOGIO	Denominazione [_____]
MMSE7 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 Tigre contro tigre		Ripetizione [_____]
MMSE8A <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 prenda un foglio con la mano sinistra	MMSE8B <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 lo pieghi a metà	
MMSE8C <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 lo butti per terra		Comando verbale [_____]
MMSE9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 Chiudi gli occhi		Comando scritto [_____]
MMSE10 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 Frase		Frase [_____]
MMSE11 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 Disegno		Disegno [_____]
MMSETOT		TOTALE [_____]

CHIDI

GLI

HCOC



TEST DEI 3 OGGETTI E 3 LUOGHI

L'esaminatore nasconde 3 oggetti in tre luoghi diversi (una matita dietro il telefono, un mazzo di chiavi sopra l'armadio e una moneta sotto un libro), dopo averli fatti denominare al paziente. Dopo circa 5-10 minuti -tempo di esecuzione del clock-drawing-, richiede al paziente che oggetti ha nascosto e dove

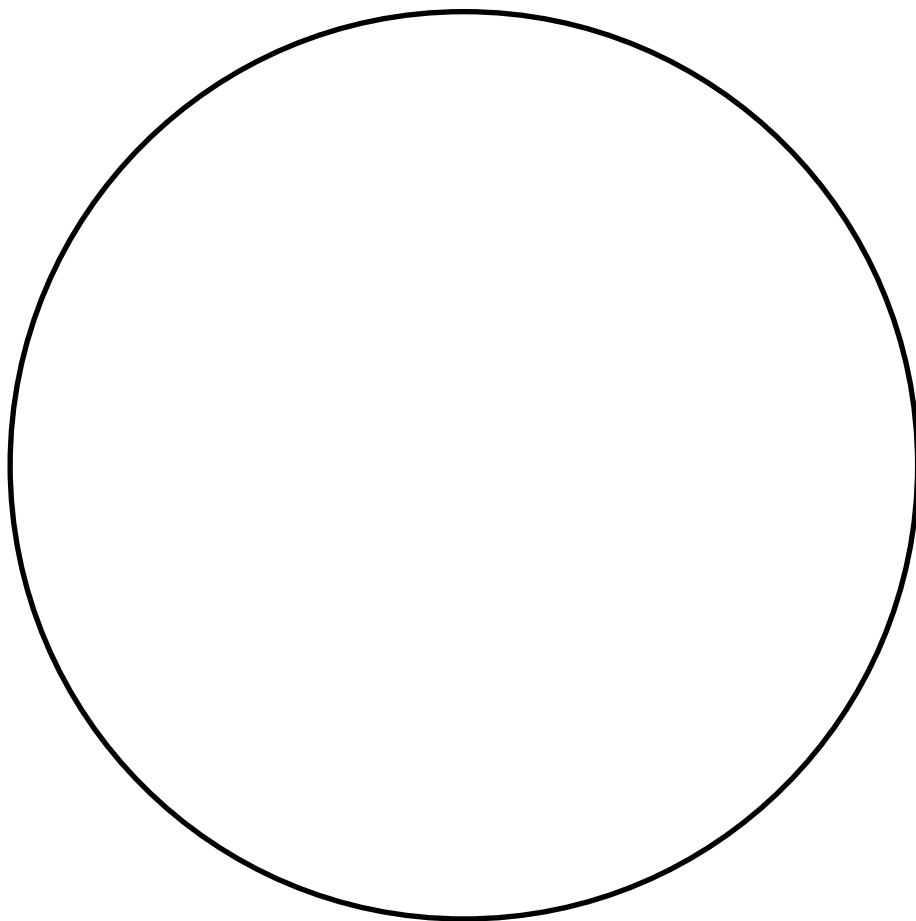
Metro nel cassetto			Chiavi nell'armadio			Moneta sotto il lenzuolo			
OGG1	[0] No	[1] Sì	OGG2	[0] No	[1] Sì	OGG3	[0] No	[1] Sì	Oggetto
LUO1	[0] No	[1] Sì	LUO2	[0] No	[1] Sì	LUO3	[0] No	[1] Sì	Luogo
O_L1	[0] No	[1] Sì	O_L2	[0] No	[1] Sì	O_L3	[0] No	[1] Sì	Corrispondenza

CLOCK DRAWING TEST (Shulman, 1993)

CDT

Punteggio totale: _____/6

Punteggio 1: perfetto.		<input type="checkbox"/>
Punteggio 2: errori visuospatiali minori.	- lievemente scorretta la spaziatura delle ore	<input type="checkbox"/>
	- le ore sono disegnate fuori dal cerchio	<input type="checkbox"/>
	- capovolge la pagina mentre scrive i numeri in modo che alcuni numeri appaiono sottosopra	<input type="checkbox"/>
	- disegna su linee (raggi) per orientare lo spazio	<input type="checkbox"/>
Punteggio 3: inaccurata rappresentazione delle 11,10 quando l'organizzazione visuospatiale è perfetta o evidenzia solo errori minori.	- la lancetta dei minuti indica le 10	<input type="checkbox"/>
	- scrive "11,10"	<input type="checkbox"/>
	- incapace di segnare le ore	<input type="checkbox"/>
Punteggio 4: moderata disorganizzazione visuospatiale, tale che è impossibile un corretto posizionamento delle 11, 10.	- moderatamente scorretta la spaziatura delle ore	<input type="checkbox"/>
	- omette i numeri	<input type="checkbox"/>
	- perseverazioni (ripete il cerchio o continua dopo le 12 con 13.14.15...)	<input type="checkbox"/>
	- disegna i numeri in senso antiorario	<input type="checkbox"/>
	- disgrafia (incapace di scrivere i numeri accuratamente)	<input type="checkbox"/>
Punteggio 5: severo livello di disorganizzazione, come descritto in 4.		<input type="checkbox"/>
Punteggio 6: rappresentazione non ragionevole dell' orologio.	- non tenta il disegno	<input type="checkbox"/>
	- non somiglia di un orologio	<input type="checkbox"/>
	- scrive una parola o un nome	<input type="checkbox"/>



Sezione 5: Lateralità manuale (somministrare solo se MMSE \geq 24)

EDINBURGH HANDEDNESS INVENTORY (OLDFIELD, 1971)

	assoluta preferenza sx	preferenza sx	indifferente dx/sx	preferenza dx	assoluta preferenza dx	
EHI1	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Scrivere</i>
EHI2	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Disegnare</i>
EHI3	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Gettare un oggetto</i>
EHI4	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Usare le forbici</i>
EHI5	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Usare lo spazzolino da denti</i>
EHI6	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Usare il coltello (senza forchetta)</i>
EHI7	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Usare il cucchiaio</i>
EHI8	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Usare la scopa</i>
EHI9	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Accendere un fiammifero</i>
EHI10	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Aprire il coperchio di una scatola</i>
EHI11	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Calciare con il piede</i>
EHI12	[4]	[2]	[0]	[1]	[3]	<i>Guardare con un occhio solo</i>

ORIENTAMENTO DIAGNOSICO (Da compilare immediatamente dopo la prima visita)

	Assolutamente no	Possibile	Probabile	Unico orientamento	
MCIne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficit cognitivo "che non evolve" #
AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malattia di Alzheimer
LBD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demenza con corpi di Lewy
FTD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demenza Frontotemporale
CBGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degenerazione corticobasale
MSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atrofia multisistemica
PSP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paralisi sopranucleare progressiva
PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parkinson Demenza
Vasc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Componente vascolare §
Oth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

* Non sono previste le diagnosi di MCI amnesico / MCI non amnesico in quanto "sindromi". Occorre formulare l'orientamento verso la MALATTIA che si ritiene il paziente abbia, anche in forma preclinica.

Segnare per pazienti ritenuti "normali", o con deficit cognitivo secondario a malattia somatica o depressione, che si ritiene non convertiranno a demenza.

§ La componente vascolare si può prevedere per tutte le forme di decadimento cognitivo; se prevista come "unico orientamento" corrisponde a un orientamento diagnostico verso Demenza Vascolare (multiinfartuale o sottocorticale).