## DIARIO INTERVENTI……

**Utente. _____** **Foglio n°___ lato ___**

**Gli Operatori devono esplicitare nel diario i protocolli e le procedure aziendali**

| DATA E FASCIA ORARIA | | SIGLA OP | FIRMA PAZIENTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## DIARIO INTERVENTI……

**Utente. _____** **Foglio n°___ lato ___**

**Gli Operatori devono esplicitare nel diario i protocolli e le procedure aziendali**

| DATA E FASCIA ORARIA | | SIGLA OP | FIRMA PAZIENTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## DIARIO INTERVENTI……

**Utente. _____** **Foglio n°___ lato ___**

**Gli Operatori devono esplicitare nel diario i protocolli e le procedure aziendali**

| DATA E FASCIA ORARIA | | SIGLA OP | FIRMA PAZIENTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## DIARIO INTERVENTI……

**Utente. _____** **Foglio n°___ lato ___**

**Gli Operatori devono esplicitare nel diario i protocolli e le procedure aziendali**

| DATA E FASCIA ORARIA | | SIGLA OP | FIRMA PAZIENTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## DIARIO INTERVENTI……

**Utente. _____** **Foglio n°___ lato ___**

**Gli Operatori devono esplicitare nel diario i protocolli e le procedure aziendali**

| DATA E FASCIA ORARIA | | SIGLA OP | FIRMA PAZIENTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## DIARIO INTERVENTI……

**Utente. _____** **Foglio n°___ lato ___**

**Gli Operatori devono esplicitare nel diario i protocolli e le procedure aziendali**

| DATA E FASCIA ORARIA | | SIGLA OP | FIRMA PAZIENTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## DIARIO INTERVENTI……

**Utente. _____** **Foglio n°___ lato ___**

**Gli Operatori devono esplicitare nel diario i protocolli e le procedure aziendali**

| DATA E FASCIA ORARIA | | SIGLA OP | FIRMA PAZIENTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## DIARIO INTERVENTI……

**Utente. _____** **Foglio n°___ lato ___**

**Gli Operatori devono esplicitare nel diario i protocolli e le procedure aziendali**

| DATA E FASCIA ORARIA | | SIGLA OP | FIRMA PAZIENTE |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# P.I.

# PROGETTO INDIVIDUALE

**Data PI:** **Revisione prevista per il:**

**INDICARE PER AREA Obiettivi/ figure professionali coinvolti/tempi:**

**AREA RIABILITATIVA:**

**AREA EDUCATIVA:**

**AREA ASSISTENZIALE:**

**AREA SANITARIA:**

**CARE MANAGER Sig.:**

**Firma per condivisione PI**

**Utente** **AdS** **Caregiver di riferimento**

# P.A.I.

**PIANO INDIVIDUALIZZATO MULTIDISCIPLINARE** **PARTE INIZIALE** **DATA: _____**

**INDICE DI BARTHEL M.: / 100** **BRADEN: / 23** **CDR:**
**VNS: / 10 o PAINAD:** **TINETTI : / 28 o MORSE:**
**Mini Mental: /30** **M.N.A.**

**BISOGNO: ***

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**OBIETTIVI SONO INDICATI NEL PI**

**INTERVENTI PROGRAMMATI, MODALITA' E TEMPI DI ATTUAZIONE***

(Gli interventi sono indicati in unità alla settimana o al mese. Es. 1v/s: una volta alla settimana; 2v/m: due volte al mese)

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

***riportare nella prima colonna la qualifica Operatore**

**PIANO INDIVIDUALIZZATO MULTIDISCIPLINARE** **PARTE FINALE** **DATA:_____**

**INDICE DI BARTHEL M.: / 100** **BRADEN: / 23** **CDR:**
**VNS: / 10 o PAINAD:** **TINETTI : / 28 o MORSE:**
**Mini Mental: /30** **M.N.A.**

**VALUTAZIONE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI ***

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

□ **si definisce la chiusura della presa in carico**
□ **si definisce il rinnovo della presa in carico**

**RIDEFINIZIONE OBIETTIVI ***

| | |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

***riportare nella prima colonna la qualifica Operatore**

**DATA DI STESURA_____ + FIRME OPERATORE:**

| | |
|---|---|
| **ASA/OSS** | |
| **FKT** | |
| **IP** | |
| **M** | |
| **ED** | |
| **PSICOLOGO** | |
| **Firma utente/caregiver** | |

# SCALE
# DI
# VALUTAZIONE

## SCALA VISUALE NUMERICA PER IL DOLORE VNS

**(0: Nessun dolore – 10: massimo dolore immaginabile)**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | DATA | SIGLA |

**Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | DATA | SIGLA |

**Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | DATA | SIGLA |

**Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | DATA | SIGLA |

**Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | DATA | SIGLA |

**Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | DATA | SIGLA |

**Eventualmente indicare sede e tipo di dolore:**

## SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE PAINAD

| DATA DI VALUTAZIONE | | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Respirazione | Normale.<br>Respiro affannoso.<br>Respiro rumoroso ed affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Vocalizzazione | Nessun problema.<br>Pianti occasionali o brontolii.<br>Ripetuti urli o lamenti. | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Espressione del volto | Sorridente o inespressivo.<br>Triste e/o ciglia aggrottate.<br>Smorfie | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Linguaggio del corpo | Rilassato.<br>Teso.<br>Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire. | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Consolazione | Nessun bisogno di essere consolato.<br>Confuso e che cerca rassicurazione.<br>Incapacità di distrazione e/o consolazione. | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| | **TOTALE TEST (MAX 10)** | | | | | | |
| | **SIGLA COMPILATORE** | | | | | | |

# INDICE DI BARTHEL  INDEX MODIFICATO  (BIM)

A: totale incapacità nell'eseguire il compito (anche con aiuto)

B: necessita di aiuto importante (completa incapacità senza aiuto)

C: necessita di aiuto modesto e/o supervisione attiva (necessita di aiuto per portare a termine il compito)

D: necessita di aiuto minimo e/o supervisione passiva (è sufficiente la presenza di qualcuno anche senza intervento attivo)

E: totale indipendenza (la lentezza nell'eseguire il compito non modifica il punteggio purché non richieda l'intervento di terzi)** codificare solo se il punteggio nella deambulazione è zero o se l'ospite è addestrato all'uso della arrozzina

| DATA DI VALUTAZIONE | | | | | | / / | / / | / / |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** | | | |
| **Igiene personale** | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 | | | |
| **Bagno / Doccia** | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 | | | |
| **Toilette (uso dei servizi)** | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | | |
| **Abbigliamento** | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | | |
| **Continenza intestinale** | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | | |
| **Continenza urinaria** | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | | |
| **Alimentazione** | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | | |
| **Trasferimento letto-carrozzina** | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 | | | |
| **Salire le scale** | 0 | 2 | 5 | 8 | 10 | | | |
| **Deambulazione** | 0 | 3 | 8 | 12 | 15 | | | |
| **** uso della carrozzina** | 0 | 1 | 3 | 4 | 5 | | | |
| **PUNTEGGIO TOTALE (MAX 100)** | | | | | | | | |
| **SIGLA COMPILATORE** | | | | | | | | |

# SCALA DI BRADEN

| | DATA DI VALUTAZIONE | | / / | / / | / / |
|---|---|---|---|---|---|
| **SENSORIO: capacità di rispondere adeguatamente alla dolenza da pressione** | Nessun lim ite. Risponde ai comandi verbali. Non ha deficit sensoriale che può limitare la capacità di sentire o comunicare dolore o malessere-scomodità. | **4** | | | |
| | Leggermente limitato. Risponde ai comandi verbali ma non sempre comunica malessere-scomodità o il bisogno di essere girato. Oppure ha un danno del sensorio che limita le capacità di sentire dolore o malessere-scomodità in una o due estremità. | **3** | | | |
| | Molto limitato. Risponde solo a stimoli dolorosi, non comunica malessere-scomodità se non attraverso gemiti o agitazione. Oppure ha un disturbo del sensorio che limita la capacità di sentire dolore o malessere su più di metà del corpo | **2** | | | |
| | Completamente compromesso. Non risponde a stimoli dolorosi (congeniti, prese, movimenti) a causa di un ridotto livello di coscienza o per sedazione | **1** | | | |
| **UMIDITA': grado di esposizione della pelle all'umidità** | Raramente bagnato. La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine | **4** | | | |
| | Occasionalmente bagnato. La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno. | **3** | | | |
| | Spesso bagnato. Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno una volta per turno. | **2** | | | |
| | Costantemente bagnato. La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione e dall'urina. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato. | **1** | | | |
| **ATTIVITA': grado di attività fisica** | Cammina frequentemente. Cammina al di fuori della camera almeno due volte al giorno e dentro la camera una volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo) | **4** | | | |
| | Cammina occasionalmente. Cammina occasionalmente durante il giorno ma per breve distanza con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia. | **3** | | | |
| | In poltrona. Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle | **2** | | | |
| | Completamente allettato. Costretto a letto. | **1** | | | |
| **MOBILITA': capacità di cambiare e controllare le posizioni del corpo** | Limitazioni assenti. Si sposta frequentemente e senza assistenza | **4** | | | |
| | Parzialmente limitata. Cambia frequentemente e da solo la posizione conservando i minimi spostamenti del corpo | **3** | | | |
| | Molto limitata. Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto. | **2** | | | |
| | Completamente immobile. Non può fare anche minimi cambiamenti di postura senza assistenza. | **1** | | | |
| **NUTRIZIONE: assunzione usuale di cibo** | Eccellente. Mangia la maggior parte del cibo. Non rifiuta mai un pasto (assume i 4 pasi della giornata). Talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori | **4** | | | |
| | Adeguata. Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Raramente rifiuta un pasto. Assume abitualmente integratori se proposti. O si alimenta artificialmente con TPN, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario | **3** | | | |
| | Probabilmente inadeguata. Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono tre porzioni di carne o latticini al giorno: occasionalmente assume integratori alimentari. O riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con sondino). | **2** | | | |
| | Molto povera. Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di un terzo di qualsiasi pasto offerto. Assume 2 porzioni di proteine al giorno o meno, pochi liquidi e non assume integratori. O è a digiuno o è mantenuto a fleboclisi o assume solo acqua da più di 5 giorni. | **1** | | | |
| **FRIZIONE E SCIVOLAMENTO** | Senza problemi apparenti. Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti. Mantiene sempre posture corrette a letto o in sedia. | **3** | | | |
| | Problema potenziale. Si muove poco o necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona o con la contenzione. Mantiene una buona postura seduta: occasionalmente può slittare | **2** | | | |
| | Problema. Richiede da moderata a massima assistenza nei movimenti. Striscia sulle coperte. Frequentemente scivola nel letto o sulla poltrona e richiede riposizionamento con massima assistenza. Presenti spasticità, contrazioni, agitazione con costante attrito contro il letto o la poltrona. | **1** | | | |
| | **TOTALE (max 23)** | **--** | | | |
| | **SIGLA OPERATORE** | **--** | | | |

| SCALA DI TINETTI (Mary Tinetti, 1986) | | / / | / / | / / |
|---|---|---|---|---|
| Equilibrio da seduto | si inclina, scivola dalla sedia<br>è stabile, sicuro | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| Alzarsi dalla sedia | è incapace senza aiuto<br>deve aiutarsi con le braccia<br>si alza senza aiutarsi con le braccia | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Tentativo di alzarsi | è incapace senza aiuto<br>capace, ma richiede più di un tentativo<br>capace al primo tentativo | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec.) | instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)<br>stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili<br>stabile, a base stretta, senza supporti | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Equilibrio nella stazione eretta prolungata | instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)<br>stabile ma a base allargata (i malleoli mediali distano >10 cm)<br>stabile, a base stretta, senza supporti | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| In caso di una leggera spinta(pz. con piedi vicini, spinta 3 volte sullo sterno) | Instabile<br>Stabile | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| Ad occhi chiusi(pz. con piedi vicini, spinta 3 volte sullo sterno) | incomincia a cadere<br>oscilla, si afferra ad un oggetto, ma si riprende da solo<br>stabile | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Girarsi di 360 gradi | A passi discontinui<br>A passi continui | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| | instabile, barcolla, deve afferrarsi ad un oggetto<br>stabile | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| Sedersi | insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)<br>usa le braccia, o ha un movimento discontinuo<br>sicuro, movimento continuo | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| | **TOTALE EQUILIBRIO (MAX 16)** | | | |
| Inizio della deambulazione (subito dopo il comando) | una certa esitazione o più tentativi<br>nessuna esitazione | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| Lunghezza ed altezza del passo | Il piede dx non supera il sn<br>il piede dx supera il sn | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| | il piede dx non si alza completamente dal pavimento<br>il piede dx si alza completamente dal pavimento | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| | Il piede sn non supera il dx<br>il piede sn supera il dx | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| | il piede sn non si alza completamente dal pavimento<br>il piede sn si alza completamente dal pavimento | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| Simmetria del passo | il passo dx e sn non sembrano uguali<br>il passo dx e sn sembrano uguali | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| Continuità del passo | Interrotto e discontinuo<br>Continuo | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| Passo | Deviazione marcata<br>deviazione lieve o moderata, o uso di ausili<br>assenza di deviazione e di uso di ausili | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Comportamento del tronco | marcata oscillazione o uso di ausili<br>flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia<br>nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 | 0<br>1<br>2 |
| Cammino | i talloni sono separati<br>i talloni quasi si toccano durante il cammino | 0<br>1 | 0<br>1 | 0<br>1 |
| | **TOTALE ANDATURA (MAX 12)** | | | |
| | **TOTALE TEST (MAX 28)** | | | |
| | **SIGLA COMPILATORE** | | | |

# SCALA DI MORSE

| DATA DI VALUTAZIONE | | | | \ \ | \ \ | \ \ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **QUESITI/ITEM** | | **SI** | **NO** | | | |
| **ANAMNESI DI CADUTE** | Caduto nei 3 mesi precedenti o caduto per la 1° volta | 25 | 0 | | | |
| **DIAGNOSI** | Più di una diagnosi medica (es diabete e neoplasia) | 15 | 0 | | | |
| **MOBILITA'** | Cammino senza ausili (con o senza aiuto) | 0 | | | | |
| | Assistita d un inferm/operatore, usa la sedia a rotelle | 0 | | | | |
| | Immobilizzato a letto | 0 | | | | |
| | Usa le stampelle, il bastone o il deambulatore | 15 | | | | |
| | Cammina aggrappandosi agli arredi | 30 | | | | |
| **TERAPIA** | In terapia infusioni endovenose o è portatore di catetere vescicale | 20 | 0 | | | |
| **ANDATURA** | Normale o costretto a letto | 0 | | | | |
| | Debole | 10 | | | | |
| | difficoltosa | 20 | | | | |
| **STATO MENTALE** | Consapevolezza delle proprie capacità | 0 | | | | |
| | Sovrastima le proprie capacità | 15 | | | | |
| | PUNTEGGIO FINALE (MAX 125) | | | | | |
| | SIGLA OPERATORE | | | | | |

# MINI-MENTAL STATE (MMSE)

**Test somministrabile** □ **SI** □**NO** **Data :**

**1. Orientamento temporo-spaziale**

Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione.
[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, stato.
[0] [1] [2] [3] [4] [5]

**2. Memoria**

L'esaminatore pronuncia ad alta voce tre termini (casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente. [0] [1] [2] [3]

L'esaminatore deve ripeterli fino a quando il paziente non li abbia imparati (max 6 ripetizioni).
Tentativi n. _____

**3. Attenzione e calcolo**

Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte.
Se il paziente avesse difficoltà di calcolo, far scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta.
[0] [1] [2] [3] [4] [5]

**4. Richiamo delle tre parole**

Richiamare i tre termini precedentemente imparati. [0] [1] [2] [3]

**5. Linguaggio**

*Il paziente deve riconoscere due oggetti.*
Come si chiama questo? (indicando una matita). Come si chiama questo? (indicando un orologio).
[0] [1] [2]

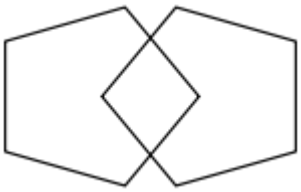
Invitare il paziente a ripetere la frase "TIGRE CONTRO TIGRE". [0] [1]

*Esecuzione di un compito su comando.*
Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo. [0] [1] [2] [3]

Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi".
Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato [0] [1]

Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo. [0] [1]

Far copiare al paziente il disegno indicato [0] [1]



**PUNTEGGIO COMPLESSIVO** **_____/30**

Il coefficiente rilevato dalla seguente tabella va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio corretto

| **Intervallo di età** | **65 - 69** | **70 -74** | **75 – 79** | **80 – 84** | **85-89** |
|---|---|---|---|---|---|
| *Anni di Scolarizzazione* | | | | | |
| 0 – 4 anni | +0,4 | +0,7 | +1,0 | +1,5 | +2.2 |
| 5 – 7 anni | -1,1 | -0,7 | -0,3 | +0,4 | +1.4 |
| 8 – 12 anni | -2,0 | -1,6 | -1,0 | -0,3 | +0.9 |
| 13 – 17 anni | -2,8 | -2,3 | -1,7 | -0,9 | +0.3 |

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO per età e scolarità** **_____/30**

**Firma Operatore_____**

# MINI-MENTAL STATE (MMSE)

**Test somministrabile** □ **SI** □**NO** **Data :**

**1. Orientamento temporo-spaziale**

Il paziente sa riferire il giorno del mese, l'anno, il mese, il giorno della settimana e la stagione.
[0] [1] [2] [3] [4] [5]

Il paziente sa riferire il luogo in cui si trova, a quale piano, in quale città, regione, stato.
[0] [1] [2] [3] [4] [5]

**2. Memoria**

L'esaminatore pronuncia ad alta voce tre termini (casa, pane, gatto) e chiede al paziente di ripeterli immediatamente. [0] [1] [2] [3]

L'esaminatore deve ripeterli fino a quando il paziente non li abbia imparati (max 6 ripetizioni).
Tentativi n. _____

**3. Attenzione e calcolo**

Far contare per sette all'indietro, partendo da 100. Fermarsi dopo le prime 5 risposte.
Se il paziente avesse difficoltà di calcolo, far scandire all'indietro la parola "MONDO" una lettera alla volta.
[0] [1] [2] [3] [4] [5]

**4. Richiamo delle tre parole**

Richiamare i tre termini precedentemente imparati. [0] [1] [2] [3]

**5. Linguaggio**

*Il paziente deve riconoscere due oggetti.*
Come si chiama questo? (indicando una matita). Come si chiama questo? (indicando un orologio).
[0] [1] [2]

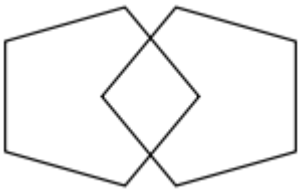
Invitare il paziente a ripetere la frase "TIGRE CONTRO TIGRE". [0] [1]

*Esecuzione di un compito su comando.*
Invitare il paziente ad eseguire correttamente i seguenti ordini: a) prenda un foglio con la mano destra, b) lo pieghi a metà, c) e lo butti dal tavolo. [0] [1] [2] [3]

Presentare al paziente un foglio con la seguente scritta: "Chiuda gli occhi".
Invitare il paziente ad eseguire il comando indicato [0] [1]

Far scrivere al paziente una frase formata almeno da soggetto e verbo. [0] [1]

Far copiare al paziente il disegno indicato [0] [1]



**PUNTEGGIO COMPLESSIVO** **_____/30**

Il coefficiente rilevato dalla seguente tabella va aggiunto (o sottratto) al punteggio grezzo del MMSE per ottenere il punteggio corretto

| **Intervallo di età** | **65 - 69** | **70 -74** | **75 – 79** | **80 – 84** | **85-89** |
|---|---|---|---|---|---|
| *Anni di Scolarizzazione* | | | | | |
| 0 – 4 anni | +0,4 | +0,7 | +1,0 | +1,5 | +2.2 |
| 5 – 7 anni | -1,1 | -0,7 | -0,3 | +0,4 | +1.4 |
| 8 – 12 anni | -2,0 | -1,6 | -1,0 | -0,3 | +0.9 |
| 13 – 17 anni | -2,8 | -2,3 | -1,7 | -0,9 | +0.3 |

**PUNTEGGIO COMPLESSIVO AGGIUSTATO per età e scolarità** **_____/30**

**Firma Operatore_____**

**(SG-ASSC PC 32 ALL 06 rev.03 del 27/11/2018)**