



# Scheda Protocollo di Valutazione dell'Ictus Fase Riabilitativa Ospedaliera

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ SESSO  M  F

NATO/A IL \_\_\_\_\_ ETÀ \_\_\_\_\_ N. CONVIVENTI \_\_\_\_\_ ETNIA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_  BARRIERE ARCHITETTONICHE

**SCOLARITÀ**  Nessuna  Elementari  
 Medie  Superiori  Università

**PROFESSIONE**  Pensionata/o  Dipendente  Studente  
 Casalinga/o  Autonomo  Non occupato

DATA ICTUS \_\_\_\_\_

**REPARTO**  Cod. 75  Cod. 60  Cod. 56  Ex art. 26  DH

DATA RICOVERO \_\_\_\_\_  RECIDIVA  TROMBOLISI  COMA PREGRESSO (Durata) \_\_\_\_\_

DATA VALUTAZ. \_\_\_\_\_ LATO DEL CORPO AFFETTO  Dx  Sx

<input type="radio"/> ISCHEMICO	<b>SINDROME</b>	<input type="radio"/> TACI	<input type="radio"/> PACI	<input type="radio"/> LACI	<input type="radio"/> POCI
<input type="radio"/> EMORRAGICO	<b>SEDE LESIONE</b>	<input type="radio"/> Sovratentoriale	<input type="radio"/> Sottotentoriale	<input type="radio"/> Estesa	

**PATOLOGIE ASSOCIATE**

<input type="checkbox"/> Altre Aritmie	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Artroprotesi Anca	<input type="checkbox"/> BPCO	<input type="checkbox"/> Decubiti
<input type="checkbox"/> Denutrizione	<input type="checkbox"/> Diabete	<input type="checkbox"/> Fibr. Atriale	<input type="checkbox"/> Frattura Femore	<input type="checkbox"/> Iperensione	<input type="checkbox"/> Ipovisus
<input type="checkbox"/> Obesità	<input type="checkbox"/> Scopenso	<input type="checkbox"/> Sordità	<input type="checkbox"/> Valvulopatia		

RANKIN PREMORB. \_\_\_\_\_  DISFAGIA

**INCONTINENZA**  Ritenzione

Fecale  Vescicale **supporti**  Catetere  Condom  Pannolone

**NUTRIZIONE**  OS  PEG  SNG  Ev

**RESPIRAZIONE**  Naturale  Assistita  O<sub>2</sub>

ASHWORTH SCALE	
Dx	Sx
Spalla _____	_____
Gomito _____	_____
Polso _____	_____
Anca _____	_____
Ginocchio _____	_____
Piede _____	_____

CANADIAN NEUROLOGICAL SCALE		
Livello di coscienza _____	Orientamento _____	Linguaggio _____
TOTALE _____		
NO DEFICIT COMPRENSIONE	DEBOLEZZA FUNZIONE MOTORIA	SI DEFICIT COMPRENSIONE
Volto _____		Volto _____
A. S. prossimale _____		Arti Superiori _____
A. S. distale _____		Arti Inferiori _____
A. I. prossimale _____		
A. I. distale _____		
		TOTALE _____

TRUNK CONTROL TEST	
Girarsi sul lato malato _____	
Girarsi sul lato sano _____	
Passaggio supino seduto _____	
Equilibrio da seduto _____	
<b>Totale</b> _____	

MOTRICITY INDEX	
<b>ARTO SUPERIORE</b>	<b>ARTO INFERIORE</b>
Presenza a pinza _____	Dorsiflessione della caviglia _____
Flessione del gomito da 90° _____	Estensione del ginocchio _____
Abduzione della spalla _____	Flessione dell'anca _____
<b>Totale</b> _____	<b>Totale</b> _____

NINE HOLE PEG TEST	
Affetto _____	(Affetto/Non Affetto) x 100%
Mano del lato _____	
NON Affetto _____	

NEGLECT

MMSE \_\_\_\_\_

FAC \_\_\_\_\_

RANKIN ATTUALE \_\_\_\_\_



## Scheda Protocollo di Valutazione dell'Ictus Fase Riabilitativa Ospedaliera

### BARTHEL INDEX

Alimentazione \_\_\_\_\_ Controllo della vescica \_\_\_\_\_

Fare il bagno \_\_\_\_\_ Trasferimenti nel bagno \_\_\_\_\_

Igiene personale \_\_\_\_\_ Trasferimenti sedia/letto \_\_\_\_\_

Vestirsi \_\_\_\_\_ Deambulazione \_\_\_\_\_

Controllo del retto \_\_\_\_\_ Salire le scale \_\_\_\_\_

TOTALE \_\_\_\_\_

Estinzione AS  Presente  Assente

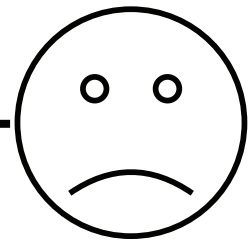
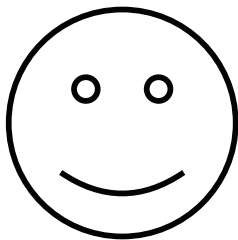
Estinzione AI  Presente  Assente

### SENSO DI POSIZIONE

Piede (Alluce)  Normale  Patologico

Mano (D. medio)  Normale  Patologico

DOLORE SPONTANEO (Sede) \_\_\_\_\_  LIMITAZ. ARTICOLARE (Sede) \_\_\_\_\_



### TRATTAMENTO RIABILITATIVO

FKT  LGT  TO  
 Altro \_\_\_\_\_

### TRATTAMENTI FARMACOLOGICI SPECIFICI ESEGUITI

Antispastici  Antiepilettici  Tossina Botulinica  Antidepressivi  
 Altro \_\_\_\_\_

Dimissione  Trasferimento Prog.  Trasferimento Non Prog.  Deceduto **DATA** \_\_\_\_\_

### PROGETTO RIABILITATIVO

### DESTINAZIONE - SETTING RIABILITATIVI

Riabil. Intens. (cod. 56)  Riabil. Estens. (cod. 60)  Lungodeg. Internist. (cod. 60)  GCA (cod. 75)  
 DH Riabilitativo  Ex art. 26  Residenza Sanitaria Assistita  Residenza Protetta  
 Riabil. Territor. (Dom. o Amb.)  Domicilio  Altro \_\_\_\_\_