



Scheda Protocollo di Valutazione dell'Ictus Fase Territoriale

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 _____ Recidiva LATO DEL CORPO AFFETTO Dx Sx

ISCHEMICO **SINDROME** TACI PACI LACI POCI
 EMORRAGICO **SEDE LESIONE** Sovratentoriale Sottotentoriale Estesa

PATOLOGIE ASSOCIATE Altre Aritmie Anemia Angina Artroprotesi Anca BPCO Decubiti
 Denutrizione Diabete Fibr. Atriale Frattura Femore Iperensione Ipovisus
 Obesità Scopenso Sordità Valvulopatia

RANKIN PREMORB. _____ DISFAGIA **INCONTINENZA** Ritenzione
 Fecale Vescicale **supporti** Catetere Condom Pannolone

NUTRIZIONE OS PEG SNG Ev

RESPIRAZIONE Naturale Assistita O₂

NUM. DEI RICOVERI OSPEDALIERI AVUTI (CONNESSI ALLO STROKE) _____ DATA ULTIMO RICOVERO _____

DATA VISITA FISIATRICA _____

CANADIAN NEUROLOGICAL SCALE

NEGLECT

MMSE _____

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 _____
TOTALE _____

MOTRICITY INDEX

ARTO SUPERIORE **ARTO INFERIORE**
Preso a pinza _____ Dorsiflessione della caviglia _____
Flessione del gomito da 90° _____ Estensione del ginocchio _____
Abduzione della spalla _____ Flessione dell'anca _____
TOTALE _____ TOTALE _____



Scheda Protocollo di Valutazione dell'Ictus Fase Territoriale

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

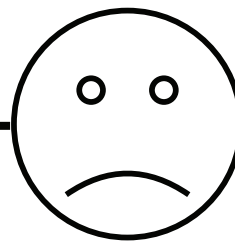
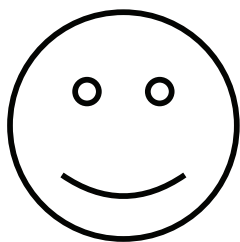
Estinzione AI Presente Assente

SENSO DI POSIZIONE

Piede (Alluce) Normale Patologico

Mano (D. medio) Normale Patologico

DOLORE SPONTANEO (Sede) _____ LIMITAZ. ARTICOLARE (Sede) _____



RANKIN ATTUALE _____

ESCE DI CASA NON PUÒ USCIRE A CAUSA DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

FAC _____ GARRET _____

E' STATO REINSERITO NELLA PRECEDENTE ATTIVITÀ (LAVORATIVA O ALTRO)

INSERITO IN TRATTAMENTO RIABILITATIVO (Data presa in carico) _____

ULTIMO TRATTAMENTO (MESI) _____

GG DI TRATTAMENTO _____

FORMALIZZATO PROGETTO RIABILITATIVO

SPECIFICATI GLI OBIETTIVI

TIPI DI INTERVENTO

- Fisioterapia
- Logopedia e riabilitazione cognitiva
- Terapia occupazionale
- Supporto psicologico
- Addestramento dell'assistenza
- Addestramento del paziente
- Valutazione adattamenti ambientali
- Programma Multidisciplinare esteso
- Tossina Botulinica

DOMICILIO

AMBULATORIO

D. H.

DATA FINE PRESA IN CARICO _____