

Scheda Protocollo di Valutazione dell'Ictus

Fase Riabilitativa Ospedaliera

COGNOME _____ NOME _____ SESSO M F

Nato/a il _____ Etá _____ Etnia _____ N. Conviv. _____

RESIDENZA _____ Barriere Architettoniche

SCOLARITÀ Elementari Medie Superiori Università

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

DATA ICTUS _____ DATA RICOVERO _____ REPARTO RR Neurologia _____

DATA VALUT. _____ Recidiva Trombolisi Coma pregresso (Durata) _____

Ischemico Emorragico

SEDE Sovratentoriale Sottotentoriale Circolo anteriore Circolo posteriore Lacunare

LESIONE Estesa Capsula int. Capsula est. LATO DEL CORPO AFFETTO Dx Sx

Patologie associate Altre aritmie Anemia Angina BPCO Decubiti Denutrizione Diabete
 F. A. Ipertensione Ipovisus Obesità Scompenso Sordità Valvulopatia

Rankin Anamn. _____ Disfagia | Continenza Vescicale Fecale Catetere Pannolone Ritenzione

Alimentazione OS PEG SNG Ev Respirazione Naturale Assistita O₂

ASHWORTH SCALE	
Dx	Sx
SPALLA _____	_____
GOMITO _____	_____
POLSO _____	_____
ANCA	
GINOCCHIO _____	_____
Piede _____	_____

CANADIAN NEUROLOGICAL SCALE		
Livello di coscienza _____	Orientamento _____	Linguaggio _____
DEBOLEZZA FUNZIONE MOTORIA		
NO Deficit Comprensione		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
Presa a pinza _____	Dorsiflessione della caviglia _____
Flessione del gomito da 90° _____	Estensione del ginocchio _____
Abduzione della spalla _____	Flessione dell'anca _____
TOTALE _____	TOTALE _____

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

Neglect MMSE _____

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 _____	

SENSO DI POSIZIONE	<input type="checkbox"/> Estinzione AS
	<input type="checkbox"/> Estinzione AI
Piede (Alluce) _____	SEDE
Mano (D. medio) _____	
<input type="checkbox"/> Dolore spontaneo _____	
<input type="checkbox"/> Limitaz. articolare _____	



Trattamento Riabilitativo	<input type="checkbox"/> FKT	<input type="checkbox"/> LGT
	<input type="checkbox"/> TO	<input type="checkbox"/> Altro

Trattamenti farmacologici specifici eseguiti	<input type="checkbox"/> Antispastici	<input type="checkbox"/> Antiepilettici
	<input type="checkbox"/> Tossina Botulinica	<input type="checkbox"/> Antidepressivi

TRASFERIMENTO (Motivo) _____

DESTINAZIONE Domicilio DH Ex art. 26 RSA Lungodegenza Altro

DATA DIMISSIONE _____

DATA Exitus _____