

CERTIFICAZIONE NEUROLOGICA

DATA _____

Cognome _____

Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Diagnosi - sclerosi multiplaAnno diagnosi forma recidivante-remittente forma primariamente progressiva forma secondariamente progressiva**Patologie concomitanti**

Esame neurologico

Funzioni	Annotazioni (Descrivere i segni e i sintomi neurologici riscontrati)
piramidali	
cerebellari	
del tronco cerebrale	
sensitive	
intestinali e vescicali	
visive-campimetria	
stato mentale	
altre funzioni	

Metri di autonomia nella deambulazione (senza ausilio)

non deambula	deambulazione autonoma					
0 m	5 m	20 m	100 m	200 m	300 m	500 m

Ausili per deambulazione (per la maggior parte del tempo)

 nessuno assistenza unilaterale assistenza bilaterale carrozzina

Sintomo	Impatto sulla vita quotidiana			Note*
Spasticità	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Disturbi dell'equilibrio	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Disfunzioni urinarie	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Disturbi sessuali	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Fatica	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Disturbi d'ansia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Depressione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Problemi cognitivi	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Disturbi comunicazione	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Disfagia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Dolore	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____
Altro	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lieve <input type="checkbox"/> moderato <input type="checkbox"/> grave		_____

* indicare solo i sintomi presenti e come incidono sulla qualità di vita. Specificare per ognuno il modo in cui condiziona la vita quotidiana: per es. disfunzioni urinarie: sonno interrotto 5-7 volte/notte per urinare.

Terapia farmacologica*

Farmaco

- Interferone beta
tipo: _____
- Copolimero-1
- Mitoxantrone
- Natalizumab
- Ciclofosfamide
- Azatioprina
- Terapia riabilitativa
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Setting

- ricovero DH autonomo
- ricovero DH autonomo
- ricovero DH autonomo
- ricovero
- ricovero DH
- ricovero DH
- ricovero DH autonomo
- ricovero DH autonomo
- ricovero DH autonomo
- ricovero DH autonomo
- ricovero DH autonomo

Impatto degli effetti collaterali sulla vita quotidiana

- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave
- nessuno moderato grave

*da indicare anche farmaci sintomatici

Parere conclusivo*

EDSS _____.

*esplicitare in che modo la situazione sanitaria (quadro clinico, farmaci, sintomi) incide sulla vita quotidiana spiegando come il riconoscimento potrebbe migliorare la qualità di vita della persona.

Timbro e firma del Medico _____