

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

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

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 _____