



CARTELLA CLINICA

Cognome _____ Nome _____ Nata/o Il ___/___/___
Residente a _____ Via/p.za _____ n° _____
N° tel. _____ Cod. sanitario _____ Cod. fiscale _____
Professione _____ Medico curante _____

Motivo di invio _____

Segnalato da: MMG servizi riabilitazione altro paziente associazione

INFORMAZIONI ANAMNESTICHE

1) ANAMNESI FAMILIARE POSITIVA PER:

Parkinson SI NO **Tremore** SI NO **Demenza** SI NO

Altro SI NO se SI specificare _____

2) ANAMNESI NEUROLOGICA

Data di insorgenza del primo sintomo _____ **età di insorgenza del primo sintomo** _____

Sottolineare uno o più sintomi presenti all'esordio:

Tremore **Dolore** **Rallentamento motorio** **Depressione**

Instabilità posturale **Cadute** **Altro** _____

3) ANAMNESI PATOLOGICA:

se SI specificare tipo, anno ed età di insorgenza

Malattie cardiovascolari SI NO _____

Malattie cerebrovascolari SI NO _____

Fratture SI NO _____

Malattie respiratorie SI NO _____

Altro SI NO _____

DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE

Segni compatibili con: :

PSP **MSA** **DCB**

LBD **TREMORE ESSENZIALE** **VASCOLARE**

ANAMNESI RECENTE (ultimi 3 mesi)

Variazioni rispetto all'ultimo controllo

-2 **-1** **0** **+1** **+2**

se presenti variazioni: ha richiesto variazione terapia farmacologica SI NO

CONDIZIONI CLINICHE-FUNZIONALI

APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO

compensato scompensato sotto sforzo scompensato

P.A. in clinostatismo _____ **P.A. in ortostatismo** _____

APPARATO RESPIRATORIO

compensato scompensato sotto sforzo scompensato

APPARATO SCHELETRICO

gravità deficit funzionale assente 0 1 2 molto rilevante 3 _____

APPARATO NEUROMUSCOLARE

gravità deficit funzionale assente 0 1 2 molto rilevante 3 _____

USO DI AUSILI SI NO se SI descrivere _____

HA PARTECIPATO AD ATTIVITÀ MOTORIA nell'ultimo anno nei 3 anni precedenti NO

ESAMI STRUMENTALI SOSTENUTI

TC	nell'ultimo anno <input type="checkbox"/>	tra 1 e 5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
RMN	nell'ultimo anno <input type="checkbox"/>	tra 1 e 5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
SPECT	nell'ultimo anno <input type="checkbox"/>	tra 1 e 5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
PET	nell'ultimo anno <input type="checkbox"/>	tra 1 e 5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ECODOPPLER TSA	nell'ultimo anno <input type="checkbox"/>	tra 1 e 5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TESTS NEUROPSICOLOGICI	nell'ultimo anno <input type="checkbox"/>	tra 1 e 5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
TESTS NEUROVEGETATIVI	nell'ultimo anno <input type="checkbox"/>	tra 1 e 5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ESAMI NEUROFISIOLOGICI	nell'ultimo anno <input type="checkbox"/>	tra 1 e 5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ALTRO	nell'ultimo anno <input type="checkbox"/>	tra 1 e 5 anni <input type="checkbox"/>	oltre 5 anni <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

ANAMNESI TERAPEUTICA (dettaglio nel Diario farmacologico)

LEVODOPA / INIBITORE	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
DOPAMINOAGONISTA	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
ANTIPSICOTICI	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
BDZ	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
ANTIDEPRESSIVI	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
DOMPERIDONE	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
ANTICOLINERGICI	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
ICOMT	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
AMANTADINA	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
IMAOB	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
APOMORFINA	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
BETABLOCCANTI	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
CALCIOANTAGONISTI	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>
ALTRO _____	SI <input type="checkbox"/>	sospeso per intolleranza <input type="checkbox"/>	sospeso per inefficacia <input type="checkbox"/>

OBIETTIVITA'

Hoehn&Yahr 0 1 1,5 2 2,5 3 4 5

UPDRS punteggio totale _____ **MMSE** punteggio totale _____ **BROWN** punteggio totale _____

ALLEGATI (se SI allegare copia)

DIARIO CLINICO DEL PAZIENTE SI NO **DIARIO FARMACOLOGICO** SI NO

SCHEDA RICHIESTA ACCESSO AL PERCORSO RIABILITATIVO SI NO

Note: _____

data _____ Firma del Medico _____ Timbro struttura _____