

CERTIFICAZIONE NEUROLOGICA

DATA _____

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Diagnosi - sclerosi multipla

Anno 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*

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

* 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

Impatto degli effetti collaterali sulla vita quotidiana

- 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 _____