

CODICE PAZIENTE (GENERATO DAL PORTALE): _____

ETÁ _____ SESSO _____

DATA VALUTAZIONE _____

FAMILIARITÀ:

NO _____ SÍ _____ (specificare sotto)

Familiare/i di primo grado con tremore

Familiare/i di primo grado con parkinsonismo

Familiare/i di primo grado con demenza

Familiare/i di primo grado con park e/o demenza

Familiare/i di primo grado con distonia

Familiare/i di primo grado con altri disturbi movimento/neurologici (specificare)

Familiare/i di secondo grado con tremore

Familiare/i di secondo grado con parkinsonismo

Familiare/i di secondo grado con demenza

Familiare/i di secondo grado con park e/o demenza

Familiare/i di secondo grado con distonia

Familiare/i di secondo grado con altri disturbi movimento/neurologici (specificare)

ETÁ'D'ESORDIO:' _____

DISTRIBUZIONE'ALL'ESORDIO (anche solo da storia clinica):

Capo

Volto (escludendo tremore mandibolare)

Mandibola

AASS

AAll

Tronco

TREMORE ARTI SUPERIORI ALL'ESORDIO (anche solo da storia clinica):

No

Unilaterale

Bilaterale simmetrico

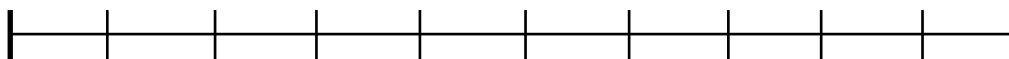
Bilaterale asimmetrico

TASK SPECIFICITÀ ALL'ESORDIO:

Sí (specificare task)

No

RISPOSTA ALL' ALCOOL (visita attuale)



0 (nessuna risposta)

10 (marcata risposta)

SENSORY TRICK (visita attuale)

Sì (specificare sensory trick)

No

RISONANZA MAGNETICA:

NON ESEGUITA

ESEGUITA E NON CONTRIBUTIVA

ESEGUITA E CONTRIBUTIVA (-> *TREMORE LESIONALE*), SPECIFICARE SEDE:**DAT-SCAN**

NON ESEGUITO

NEGATIVO

POSITIVO

STUDIO ELETTROFISIOLOGICO¹

SI

NO

PRELIEVO SANGUE

SI

NO

VIDEO²

SI

NO

IL TREMORE è ISOLATO?

SI

NO (*NOTA = ET+ è un tremore ISOLATO*)

SE NO, IL TREMORE è ASSOCIATO A:

- PARK (SPECIFICARE SEGNI TILDEVATI ALL' EO, NON SINTOMI RIFERITI)

- DISTONIA (SPECIFICARE DOVE)

- DEMENZA

- EPILESSIA

- NEUROPATIA (CONFERMATA ELETTROFISIOLOGICAMENTE)

- ALTRI DISTURBI DEL MOVIMENTO/NEUROLOGICI (SPECIFICARE) _____

¹ Registrazione con accelerometro per almeno due min di tremore 1) a riposo ed 2) in posturale, sia in mingazzini che in wing-beating. Prendere nota di dove viene posizione accelerometro nel singolo pz

² Valutazioni video-registrate del tremore secondo la TETRAS (sezione "severità")

DIAGNOSI ALLA VALUTAZIONE SECONDO CRITERI MDS 2017

(NOTA=TREMORE DISTONICO E TREMORE ASSOCIATO A DISTONIA VANNO ENTRAMBI INSERITI COME "TREMORE ASSOCIATO A DISTONIA" E VA SPECIFICATO NEL CAMPO LIBERO LA SEDE DI DISTONIA)

ET

ET+ (SPECIFICARE "+" ovvero I SOFT SIGNS e DOVE SONO LOCALIZZATI): _____

TREMORE D'AZIONE SEGMENTALE ISOLATO

TREMORE A RIPOSO ISOLATO

TREMORE FISIOLÓGICO AUMENTATO

TREMORE FOCAL (AD ES. CAPO, VOCE, ECC)

TREMORE TASK-SPECIFICO (SPECIFICARE TASK) _____

TREMORE ORTOSTATICO

TREMORE ASSOCIATO AD ALTRI SEGNI (SPECIFICARE: ES. DISTONIA³, PARK, ECC.) _____

ALTRO (SPECIFICARE): _____

SCALA TETRAS**ADL (Attività di vita quotidiana)**

- Parlare

0) Normale

1) Lievissimo tremore della voce, solo quando nervoso

2) Lieve tremore della voce, ma tutte le parole sono facilmente comprensibili

3) Tremore della voce moderato; qualche parola è difficile da comprendere

4) Tremore della voce severo; la maggior parte delle parole sono difficile da comprendere

- Usare un cucchiaio

0) Normale

1) Lievissima difficoltà; il tremore è presente ma non interferisce con l'attività

2) Lieve difficoltà, per cui una piccola quantità di cibo può cadere dal cucchiaio

3) Moderata difficoltà; una grossa quantità di cibo cade dal cucchiaio o c'è utilizzo di strategie compensatorie (uso di entrambe le mani o il paziente avvicina la bocca invece di muovere il braccio o uso dell'altra mano)

4) Difficoltà severa: non può utilizzare il cucchiaio

- Bere da un bicchiere

0) Normale.

1) Lievissima difficoltà; il tremore è presente ma non interferisce con l'attività

2) Lieve difficoltà, per cui una piccola quantità di acqua può cadere dal bicchiere

3) Moderata difficoltà; una grossa quantità di cibo cade dal cucchiaio o c'è utilizzo di strategie compensatorie (uso di entrambe le mani o il paziente avvicina la bocca invece di muovere il braccio)

4) Difficoltà severa: non può bere dal bicchiere o usa cannucchia

³ Specificare il sito di distonia

- Igiene personale

0) Normale

1) Lievissima difficoltà: il tremore è presente ma non interferisce con l'igiene personale

2) Lieve difficoltà: Oggettiva difficoltà ma il paziente può provvedere all'igiene personale

3) Difficoltà moderata: non riesce a compiere molte attività fini (come truccarsi o rasarsi a meno che non usino strategie compensatorie come utilizzare l'altra mano o entrambe le mani)

4) Difficoltà severa: non può provvedere completamente all'igiene personale in maniera autonoma

- Vestirsi

0) Normale

1) Lievissima difficoltà: il tremore è presente ma non interferisce con il vestirsi

2) Lieve difficoltà: Oggettiva difficoltà ma il paziente può vestirsi autonomamente

3) Difficoltà moderata: non riesce a vestirsi autonomamente a meno che non usino strategie compensatorie come utilizzo di chiusure con velcro, scarpe senza lacci, abbottonare la camicia prima di indossarla, ecc.)

4) Difficoltà severa: non può vestirsi in maniera autonoma

- Versare dell'acqua in un bicchiere

0) Normale

1) Lievissima difficoltà: il tremore è presente ma l'acqua non fuoriesce dal bicchiere

2) Lieve difficoltà: il paziente deve porre particolare attenzione, ma l'acqua può talvolta fuoriuscire dal bicchiere

3) Difficoltà moderata: deve usare due mani o altre strategie compensatorie

4) Difficoltà severa: non può eseguire questa attività

- Portare vassoi, piatti o simili

0) Normale

1) Lievissima difficoltà: il tremore è presente ma non interferisce con l'attività

2) Lieve difficoltà: il paziente deve porre particolare attenzione per non fare cadere il cibo dal piatto o gli oggetti dal/sul vassoio

3) Difficoltà moderata: non riesce a compiere l'attività a meno che non usino strategie compensatorie come utilizzo di due mani oppure di mantenere il vassoio contro il corpo per non fare cadere nulla

4) Difficoltà severa: non può completare l'attività

- Usare le chiavi

0) Normale

1) Lievissima difficoltà: il tremore è presente ma può inserire la chiave nella toppa facilmente

2) Lieve difficoltà: spesso la chiave manca la toppa, ma continua di routine ad inserire la chiave con una mano

3) Difficoltà moderata: deve usare due mani o altre strategie compensatorie

4) Difficoltà severa: non può eseguire questa attività

- Scrivere

0) Normale

1) Lievissima difficoltà: il tremore è presente ma non interferisce con la scrittura

2) Lieve difficoltà con la scrittura che risulta però chiaramente comprensibile

3) Difficoltà moderata: riesce a firmare, ma altrimenti la scrittura è difficilmente comprensibile o deve usare strategie compensatorie come utilizzo delle due mani

- 4) Difficoltà severa: non può scrivere
- Lavorare (lavoro domestico, in caso di casalinga; se il paziente è in pensione, gli si chiede di rispondere come se fosse ancora a lavoro, oppure si faccia riferimento ad hobby manuali)
 - 0) Normale
 - 1) Lievissima difficoltà: il tremore è presente ma non interferisce con il lavoro/hobby
 - 2) Lieve difficoltà con il lavoro. Capace di fare tutto, ma con degli errori
 - 3) Difficoltà moderata: il lavoro/hobby non è possibile a meno di strategie compensatorie (ad esempio con utilizzo di strumenti particolari)
 - 4) Difficoltà severa: non può lavorare
 - Difficoltà nell'attività più compromessa (specificare attività; es. Scrivere, usare il mouse del computer, ecc)

Attività (specificare) _____

 - 0) Normale
 - 1) Lievissima difficoltà: il tremore è presente ma non interferisce con l'attività
 - 2) Lieve difficoltà; il tremore interferisce con l'attività che però è possibile autonomamente
 - 3) Difficoltà moderata: l'attività non è possibile a meno che non siano utilizzate strategie compensatorie (ad esempio con utilizzo di strumenti particolari)
 - 4) Difficoltà severa: non può eseguire l'attività
 - Impatto sociale
 - 0) Nessuno
 - 1) Consapevole del tremore ma non interferisce con stile di vita personale/professionale
 - 2) Si sente imbarazzato per il tremore in alcune situazioni sociali dove sono presenti altre persone
 - 3) Evita di partecipare in alcune situazioni sociali (anche professionali) a causa del tremore
 - 4) Evita di partecipare alla maggior parte delle situazioni sociali (anche professionali) a causa del tremore

Severità del tremore

- **Tremore del capo** – Il capo viene ruotato completamente a destra e poi a sinistra e viene poi osservato in posizione primaria per 10 sec. Nella stessa posizione (capo in posizione primaria) si chiede al paziente di guardare completamente a destra e a sinistra. Il naso deve essere utilizzato come repere per valutare la maggiore ampiezza del tremore durante la valutazione
 - 0) nessun tremore
 - 1) lievissimo tremore (< 0.5 cm)
 - 2) lieve tremore (0.5-2.5 cm)
 - 3) tremore moderato (2.5-5 cm)
 - 4) tremore severo (> 5cm)
- **Tremore del volto (INCLUSA LA MANDIBOLA)** – Chiedere al paziente di sorridere, chiudere gli occhi, aprire la bocca e mimare un bacio). La maggiore ampiezza del tremore va registrata (indipendentemente se si osserva a riposo o durante attivazione; ammiccamento frequente o oscillazioni della palpebre NON vanno considerati come tremore)
 - 0) nessun tremore
 - 1) tremore appena percettibile
 - 2) tremore evidente

3) tremore molto evidente che è presente nella maggior parte dei movimenti facciali

4) tremore severo

- **Tremore della voce** – chiedere al paziente di mantenere una “a” ed una “e” per 5 secondi. Valutare anche eloquio spontaneo per esempio chiedendo al paziente di rispondere alla seguente domanda: “mi descriva una sua giornata media”.

0) nessun tremore

1) lieve tremore durante la vocale sostenuta, ma non nell’ eloquio spontaneo

2) lieve tremore anche durante l’ eloquio spontaneo

3) tremore moderato nell’ eloquio spontaneo che però risulta chiaramente comprensibile

4) tremore severo: alcune parole non sono comprensibili

- **Tremore d’azione AASS** (il tremore viene valutato durante 3 manovre e viene dato un punteggio per ogni braccio; segnalare l’ ampiezza massima osservata durante ogni singola prova)

0) nessun tremore

1) tremore appena percettibile

1.5) chiaro tremore con ampiezza < 1 cm

2) ampiezza del tremore tra 1 e 3 cm

2.5) ampiezza del tremore tra 3 e 5 cm

3) ampiezza del tremore tra 5 e 10 cm

3.5) ampiezza del tremore tra 10 e 20 cm

4) ampiezza del tremore uguale o maggiore a 20 cm

| | SINISTRA | DESTRA |
|--|----------|--------|
| Posizione di Mingazzini per 5 secondi (dita abdotte e polsi in asse con avambraccio) | | |
| Posizione a battito d’ali per 20 secondi | | |
| Prova indice-indice (posizionare indice dell’ esaminatore in modo che ci completi estensione del braccio del paziente) | | |

- **Tremore a riposo AASS** [il tremore viene valutato durante 2 manovre (da seduti e durante la marcia) e viene dato un punteggio per ogni braccio; segnalare l’ ampiezza massima osservata durante ogni singola prova)

0) nessun tremore

1) tremore appena percettibile

1.5) chiaro tremore con ampiezza < 1 cm

2) ampiezza del tremore tra 1 e 3 cm

2.5) ampiezza del tremore tra 3 e 5 cm

3) ampiezza del tremore tra 5 e 10 cm

3.5) ampiezza del tremore tra 10 e 20 cm

4) ampiezza del tremore uguale o maggiore a 20 cm

| | SINISTRA | DESTRA |
|--|----------|--------|
| PAZIENTE SEDUTO (posizionare gli AASS in semisupinazione sulle cosce, con il pollice che NON tocchi le alter dita) | | |
| MARCIA | | |

- **Tremore a riposo AAII** (da valutare con il paziente seduto sul lettino con gli arti inferiori che NON toccano il pavimento)

0) nessun tremore

1) tremore appena percettibile

1.5) chiaro tremore con ampiezza < 1 cm

2) ampiezza del tremore tra 1 e 3 cm

2.5) ampiezza del tremore tra 3 e 5 cm

3) ampiezza del tremore tra 5 e 10 cm

3.5) ampiezza del tremore tra 10 e 20 cm

4) ampiezza del tremore uguale o maggiore a 20 cm

AI DESTRO _____

AI SINISTRO _____

- **TREMORE D'AZIONE AAII** (valutato in postura chiedendo di sollevare ogni gamba e tenerla parallela al pavimento per 5 secondi e durante la prova Calcagno ginocchio; il peggior tremore viene segnalato per ogni gamba):

0) Nessun tremore

1) Lievissimo, appena percettibile

2) Lieve tremore, < 1 cm

3) Moderato, < 5 cm

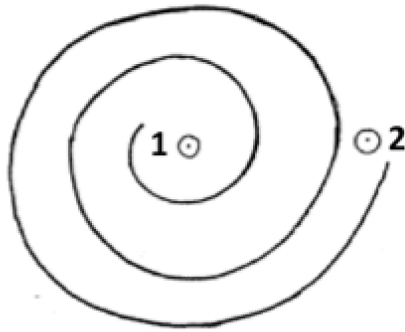
4) Severo, >5 cm

AI DESTRO _____

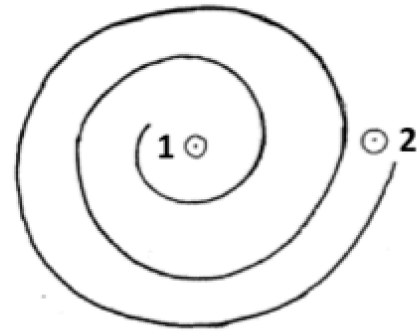
AI SINISTRO _____

- **SPIRALI DI ARCHIMEDE** (completare la spirale dal punto 1 e finendo al 2 senza toccare la linea nera; la penna va mantenuta in modo che il braccio non tocchi il tavolo)

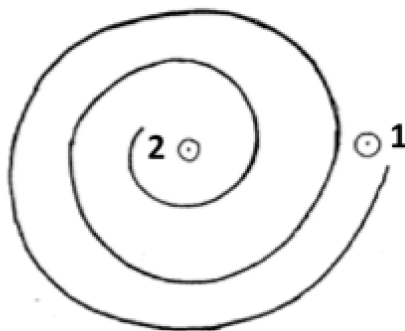
MANO DOMINANTE - A
(specificare destra o sinistra)



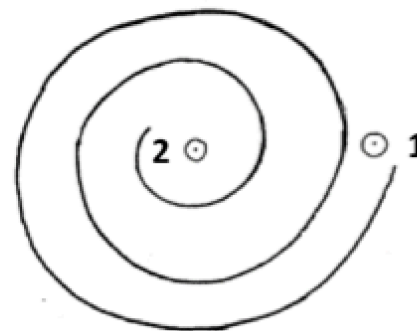
MANO NON-DOMINANTE - A



MANO DOMINANTE - B



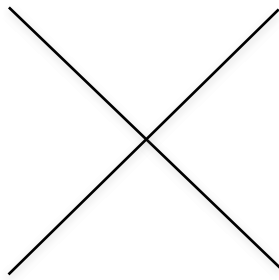
MANO NON-DOMINANTE - B



| | MANO SINISTRA | MANO DESTRA |
|---|---------------|-------------|
| 0) nessun tremore | A) | A) |
| 1) tremore appena percettibile | B) | B) |
| 2) chiaro tremore, ma la spirale è riconoscibile | | |
| 3) tremore moderato: porzioni della figura non sono riconoscibili | | |
| 4) tremore severo: la spirale non è riconoscibile | | |

- **Prova della croce** (chiedere al paziente di avvicinare la punta della penna al centro della croce senza toccare il foglio, idealmente ad 1 mm di distanza dal foglio per 10 secondi)
 - 0) nessun tremore
 - 1) tremore appena percettibile
 - 1.5) chiaro tremore con ampiezza < 1 cm
 - 2) ampiezza del tremore tra 1 e 3 cm
 - 2.5) ampiezza del tremore tra 3 e 5 cm
 - 3) ampiezza del tremore tra 5 e 10 cm

- 3.5) ampiezza del tremore tra 10 e 20 cm
4) ampiezza del tremore uguale o maggiore a 20 cm



MANO DESTRA _____

MANO SINISTRA _____

- **Versare dell'acqua da un bicchiere all' altro (usare bicchieri di carta standard riempiti fino ad 1 cm dal bordo, chiedere al paziente di versare l' acqua da un bicchiere all' altro e viceversa)**
 - 0) normale
 - 1) deve fare attenzione, ma riesce a completare l' attività senza che l' acqua cada fuori dal bicchiere
 - 2) fa cadere un po' acqua durante la prova (meno del 10%)
 - 3) fa cadere una notevole quantità d' acqua (10-50%)
 - 4) non riesce a compiere l' attività se non facendo cadere la maggior parte dell' acqua

AS DESTRO _____

AS SINISTRO _____

- **Tremore durante la stazione eretta con gambe flesse al livello del ginocchio per circa 10-20 gradi (valutare il tremore peggiore osservato al tronco o alle gambe)**
 - 0) nessun tremore
 - 1) tremore appena percettibile
 - 2) tremore evidente ma lieve che non causa instabilità
 - 3) tremore moderato che causa lieve instabilità
 - 4) tremore severo, il paziente non può mantenere la posizione eretta senza appoggio

SCALA SARA**• Deambulazione**

Al paziente viene chiesto prima di camminare in prossimità di una parete e compiere un mezzo giro (voltare il viso nella direzione opposto al cammino) e poi di camminare in tandem senza supporto.

- 0) Normale, nessuna difficoltà nel camminare, girarsi o camminare in tandem (è consentito un passo falso)
- 1) Qualche difficoltà, visibile in tandem solo dopo 10 passi consecutivi
- 2) Chiaramente patologico, non è possibile eseguire il tandem per più di 10 passi
- 3) Oscillazioni, non necessità di supporto, ma ha difficoltà a girarsi
- 4) Oscillazioni marcate, necessità di appoggio intermittente alla parete
- 5) Oscillazioni severe, necessità di appoggio unilaterale o di sostegno leggero
- 6) Riesce a camminare più di 10 metri con appoggio bilaterale o con il supporto di una persona
- 7) Riesce a camminare meno di 10 metri con appoggio bilaterale o con il supporto di una persona
- 8) Incapace di camminare anche se supportato

• Stazione Eretta

Al paziente viene chiesto di stare in piedi in posizione naturale, poi con i piedi uniti e paralleli (i due alluci si toccano) e poi in posizione di tandem (entrambi i piedi sono su una sola linea e l'alluce del piede posteriore tocca il tallone del piede anteriore). La prova deve essere eseguita senza scarpe ed ad occhi aperti. Per ogni posizione sono consentiti tre tentativi e si giudica il migliore.

- 0) Normale, capace di stare in tandem per più di 10 s
- 1) Capace di stare a piedi uniti senza oscillazioni, ma non in tandem per più di 10 s
- 2) Capace di stare a piedi uniti per più di 10 s, ma con oscillazioni
- 3) Capace di stare in piedi in posizione naturale per più di 10 s senza supporto, ma non a piedi uniti
- 4) Capace di stare in piedi in posizione naturale per più di 10 s, ma con supporto intermittente
- 5) Capace di stare in piedi in posizione naturale per più di 10 s, ma con supporto unilaterale costante
- 6) Incapace di stare in piedi in posizione naturale per più di 10 s, con supporto unilaterale costante

• Posizione seduta

Al paziente viene chiesto di sedersi sul lettino senza supporto sotto i piedi, ad occhi aperti e con la braccia tese in avanti

- 0) Normale, capace di stare seduto per più di 10 s
- 1) Qualche difficoltà, oscillazioni occasionali
- 2) Oscillazioni costanti, ma capace di rimanere seduto per più di 10 s senza supporto
- 3) Capace di stare seduto per più di 10 s solo con sostegno intermittente
- 4) Incapace di stare seduto per più di 10 s, senza un supporto costante

• **Disturbi dell'eloquio**

Il linguaggio viene valutato durante il colloquio con il paziente (da valutare DISARTRIA CEREBELLARE)

- 0) Normale
- 1) Dubbi disturbi dell'eloquio
- 2) Eloqui patologico, ma facile da capire
- 3) Qualche parola difficile da capire
- 4) Molte parole difficili da capire
- 5) È possibile comprendere solo parole isolate
- 6) Eloqui incomprensibile/anartria

• **Movimenti ballici**

Ripetere separatamente per ogni lato

Il paziente deve sedere comodo, se richiesto sono concessi supporti per i piedi e per il tronco. L'esaminatore siede di fronte al paziente e sposta per 5 volte il proprio indice nel piano frontale, rapidamente e in maniera imprevedibile a una distanza corrispondente al 50% dell'estensione massima del braccio del paziente. Gli spostamenti devono avere un ampiezza di 30 cm e una frequenza di 1 ogni 2 s. Al paziente viene chiesto di seguire i movimenti con il proprio indice con la massima precisione e velocità possibili. La prova viene valutata su una media di 3 movimenti

- 0) No dismetria
- 1) Dismetria (ipometrico/ipermetrico) < di 5 cm
- 2) Dismetria (ipometrico/ipermetrico) < di 15 cm
- 3) Dismetria (ipometrico/ipermetrico) > di 15 cm
- 4) Incapace di eseguire 5 movimenti

Destra _____

Sinistra _____

• Prova naso-indice

Ripetere separatamente per ogni lato

Il paziente deve sedere comodo, se richiesto sono concessi supporti per i piedi e per il tronco. Al paziente viene chiesto di spostare rapidamente l'indice dal proprio naso all'indice dell'esaminatore posizionato a circa il 90% dell'estensione massima del braccio del paziente. La prova deve essere eseguita a velocità moderata. Il punteggio viene assegnato in base all'ampiezza media del tremore cinetico

- 0) No tremore
- 1) Tremore con ampiezza < di 2 cm
- 2) Tremore con ampiezza < di 5 cm
- 3) Tremore con ampiezza > di 5 cm
- 4) Incapace di eseguire 5 movimenti

Destra _____
Sinistra _____

• Movimenti ripetuti ed alternati

Ripetere separatamente per ogni lato.

Il paziente deve sedere comodo, se richiesto sono concessi supporti per i piedi e per il tronco. Al paziente viene chiesto di ripetere per 10 volte la prono-supinazione della mani sulle cosce il più velocemente e precisamente possibile. La velocità del movimento di 10 cicli è di circa 7s e va preso il tempo della prova.

- 0) Normale, non si evidenziano irregolarità (tempo di esecuzione <10s)
- 1) Lievemente irregolare (tempo di esecuzione <10s)
- 2) Chiaramente irregolare, è difficile distinguere i singoli movimenti o si verificano delle interruzione, ma il tempo di esecuzione è <10s
- 3) Molto irregolare, è difficile distinguere i singoli movimenti o si verificano delle interruzione, il tempo di esecuzione è >10s
- 4) Incapace di eseguire 10 cicli

Destra _____
Sinistra _____

• Prova calcagno-ginocchio

Ripetere separatamente per ogni lato.

Il paziente deve essere steso sul letto. Al paziente viene chiesto di toccare con il tallone il ginocchio della gamba opposta e scivolare lungo la tibia fino alla caviglia, poggiando infine l'arto sul lettino. La prova deve essere eseguita 4 volte. Il movimento lungo la tibia deve durare un secondo e se il paziente lo esegue senza strisciare la prova va eseguita 4 volte.

0) Normale

1) Lievemente anormale, il paziente mantiene il contatto con la tibia

2) Chiaramente anormale, il paziente perde il contatto con la tibia per più di tre volte durante i tre cicli

3) Marcatamente anormale, il paziente perde il contatto con la tibia per più di quattro volte durante i tre cicli

4) Incapace di eseguire la prova

Destra_____

Sinistra_____

Qualità di vita

- **In generale, come giudicheresti il tuo stato di salute? (0= pessimo; 100= perfetto)**
Metta un cerchio che corrisponde al suo stato di salute

0 - 5 - 10 - 15 - 20 - 25 - 30 - 35 - 40 - 45 - 50 - 55 - 60 - 65 - 70 - 75 - 80 - 85 - 90 - 95 - 100

- **In generale, come giudicheresti la tua qualità di vita? (0= pessimo; 100= perfetto)**
Metta un cerchio che corrisponde alla sua qualità di vita

0 - 5 - 10 - 15 - 20 - 25 - 30 - 35 - 40 - 45 - 50 - 55 - 60 - 65 - 70 - 75 - 80 - 85 - 90 - 95 - 100

- **Durante l' ultimo mese, il tremore ha interferito con la sua vita sessuale**

SI

NO

NON APPLICABILE

- **Durante l' ultimo mese, ha avuto effetti collaterali per via dei farmaci presi per il tremore**

SI

NO

NON APPLICABILE

- **Durante l' ultimo mese, è stato soddisfatto dell' effetto dei farmaci presi per il tremore**

SI

NO

NON APPLICABILE

- **STATO LAVORATIVO**

Mai lavorato

Senza lavoro/pensionato a causa del tremore

Senza lavoro/pensionato per altri motivi

Impiego part-time (a causa del tremore)

Impiego full-time

- In un giorno tipico per quante ore ha tremore?
- Annerisca le caselle per indicare la severità del tremore per ogni parte corporea indicate

| | NO | LIEVE (Non causa difficoltà) | MODERATO (Causa difficoltà in qualche attività) | SEVERO (Causa difficoltà in molte attività) | GRAVE (IMPEDISCE qualche attività) |
|------------------|--------------------------|---------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| Testa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Voce | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Braccio destro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Braccio sinistro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gamba destra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gamba sinistra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Per ogni frase riportato sotto, annerisca la casella che meglio descrive la sua situazione attuale

| | NO/MAI NON APPLIC. | RARA- MENTE | QUALCHE VOLTA | SPESSO | SEMPRE |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ho difficoltà a comunicare o ad essere compreso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il tremore interferisce col mio lavoro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ho rinunciato/ridotto i miei hobby per il tremore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il tremore interferisce con le attività manuali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Il tremore interferisce con le mie relazioni sociali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi sento imbarazzato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi sento depresso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mi sento isolato per via del tremore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono nervoso per via del tremore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sono preoccupato per via del tremore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ho difficoltà a concentrarmi per via del tremore | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indicare quale delle seguenti affermazioni descrive meglio il suo stato di salute oggi, segnando con una crocetta una sola casella di ciascun gruppo:

Capacità di Movimento

- Non ho difficoltà nel camminare
- Ho qualche difficoltà nel camminare
- Sono costretto/a a letto

Cura della Persona

- Non ho difficoltà nel prendermi cura di me stesso
- Ho qualche difficoltà nel lavarmi o vestirmi
- Non sono in grado di lavarmi o vestirmi

Attività Abituale (*per es. lavoro, studio, lavori domestici, attività familiari o di svago*)

- Non ho difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Ho qualche difficoltà nello svolgimento delle attività abituali
- Non sono in grado di svolgere le mie attività abituali

Dolore o Fastidio

- Non provo alcun dolore o fastidio
- Provo dolore o fastidio moderati
- Provo estremo dolore o fastidio

Ansia o Depressione

- Non sono ansioso o depresso
- Sono moderatamente ansioso o depresso
- Sono estremamente ansioso o depresso

QUESTIONARIO SEGNI PRODROMICI DI PARKINSON**Marcatori di rischio**

Esposizione a pesticidi SI NO
 Esposizione a solventi SI NO
 Uso di caffeina SI NO
 Fumo SI, attuale SI, nel passato NO

Familiarità

Parenti di I/II grado con malattia di Parkinson con esordio sotto i 50 anni SI NO
 Parente di primo grado con malattia di Parkinson SI NO

Marker prodromici

DAT positivo SI NO
 UPDRS-III >3 escluso tremore SI NO
 Iposmia riferita SI NO
 Test iposmia patologico SI NO (Sniffings' sticks o UPSIT)
 Eccessiva sonnolenza diurna SI NO

RBD

Le hanno già detto, o pensa, che Lei « agisce i suoi sogni » mentre dorme (per esempio : dare dei pugni, muovere le braccia in aria, fare dei movimenti come se corresse ecc.).

SI NO

Sintomi Ortostatici (sincope, vertigine, disturbi visivi o dolore cervicale alleviati dalla posizione sdraiata)

0) Non sintomi ortostatici

1) Sintomi ortostatici infrequenti e che non interferiscono con attività della vita quotidiana

2) Frequenti sintomi ortostatici che si presentano almeno una volta alla settimana. Alcune limitazioni sulle attività della vita quotidiana

3) Sintomi Ortostatici che si manifestano in diverse occasioni. In grado di mantenere la stazione eretta per > 1 minuto nella maggior parte delle occasioni. Limitazioni nella maggior parte delle attività della vita quotidiana

4) Sintomi che si manifestano costantemente in ortostatismo. In grado di mantenere la stazione eretta per < 1 minuto nella maggior parte delle occasioni. Sincope/presincope è comune quando il paziente raggiunge la stazione eretta

Funzione urinaria (sintomi urinari non devono essere secondari ad altre cause)

0) Normale

1) Urgenza e/o aumentata frequenza, non richiesto trattamento farmacologico

2) Urgenza e/o aumentata frequenza, trattamento farmacologico richiesto

3) Incontinenza urinaria e/o incompleto svuotamento vescicale con necessità di cateterizzazione estemporanea/intermittente

4) Incontinenza urinaria che necessità catetere permanente

Funzione sessuale

0) Nessun problema

1) Minimo coinvolgimento in rapporto ai giorni di benessere

- 2) Moderato coinvolgimento in rapporto ai giorni di benessere
- 3) Grave coinvolgimento in rapporto ai giorni di benessere
- 4) Non possibile attività sessuale

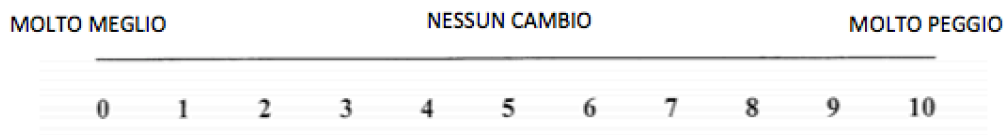
Funzionalità intestinale

- 0) Nessuna modifica nella funzionalità intestinale rispetto al passato
- 1) Occasionale stipsi ma senza necessità di assunzione di farmaci/sostanze
- 2) Frequente stipsi che richiede uso di lassativi
- 3) Stipsi cronica che richiede uso di lassativi e clisteri
- 4) Non presenta una motilità intestinale spontanea

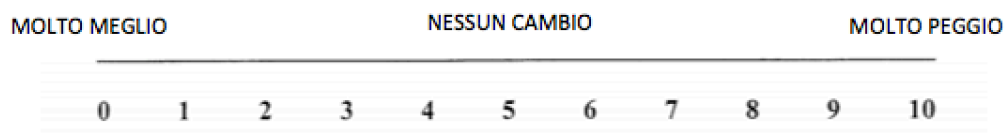
FAMACI ATTUALI PER IL TREMORE

(PER OGNUNO INDICARE IL VALORE DEL BENEFICIO O PEGGIORAMENTO PERCEPITO DAL PAZIENTE)

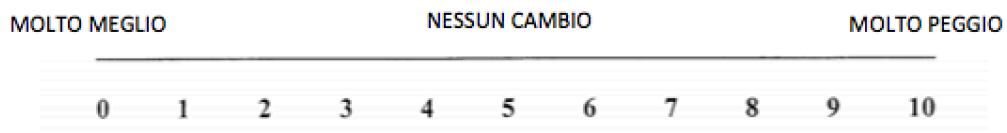
MOLECOLA 1 _____ DOSAGGIO GIORNALIERO _____



MOLECOLA 2 _____ DOSAGGIO GIORNALIERO _____

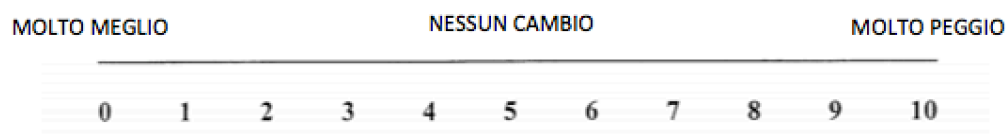


MOLECOLA 3 _____ DOSAGGIO GIORNALIERO _____



TOSSINA BOTULINICA

- SI
NO



TECNICHE NEUROCHIRURGICHE (DBS o MRgFUS, specificare):

SI (SPECIFICARE TARGET)

NO

MOLTO MEGLIO

NESSUN CAMBIO

MOLTO PEGGIO

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FAMACI PRECEDENTI PER IL TREMORE

MOLECOLA 1 _____ **DOSAGGIO MASSIMO** _____

MOTIVO SOSPENSIONE:

MANCATA EFFICACIA

EFFETTI COLLATERALI (SPECIFICARE)

MOLECOLA 2 _____ **DOSAGGIO MASSIMO** _____

MOTIVO SOSPENSIONE:

MANCATA EFFICACIA

EFFETTI COLLATERALI (SPECIFICARE)

MOLECOLA 3 _____ **DOSAGGIO MASSIMO** _____

MOTIVO SOSPENSIONE:

MANCATA EFFICACIA

EFFETTI COLLATERALI (SPECIFICARE)

TOSSINA BOTULINICA

MOTIVO SOSPENSIONE:

MANCATA EFFICACIA

EFFETTI COLLATERALI (SPECIFICARE)

TECNICHE NEUROCHIRURGICHE (DBS o MRgFUS, specificare):

MOTIVO SOSPENSIONE:

MANCATA EFFICACIA

EFFETTI COLLATERALI (SPECIFICARE)