



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

SEZIONE ANAGRAFICA E PROFILO PERSONALE

Nome e Cognome _____		Data di Nascita ____/____/____																					
UOMO <input type="checkbox"/> DONNA <input type="checkbox"/>																							
CODICE FISCALE																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
N. Tessera Sanitaria																							
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
Residenza:																							
Domicilio:																							
Comune: Prov.:																							
Recapiti telefonici:																							
Medico curante																							
recapiti.....																							
Persona di riferimento																							
Indirizzo:.....																							
Recapiti:.....																							
Grado di parentela:																							
Stato civile																							
<input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a <input type="checkbox"/> separato/a <input type="checkbox"/> divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> non dichiarato																							
Condizione lavorativa																							
<input type="checkbox"/> occupato/a	<input type="checkbox"/> occupazione stabile <input type="checkbox"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria	<input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma																					
<input type="checkbox"/> disoccupato/a <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> cassintegrato/a <input type="checkbox"/> studente <input type="checkbox"/> casalinga/o																							
<input type="checkbox"/> specifica.....																							



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

FORME DI TUTELA LEGALE DI CUI SI FRUISCE

Fruisce di tutela legale : sì ☐ no ☐

In caso di risposta affermativa, specificare:

[] Amministratore di sostegno:.....

[] Tutore:.....

[] Altro (specificare):.....

[] Nessuna

DATA DI RICOVERO PRESSO L'ATTUALE STRUTTURA

____/____/____

Giorno Mese Anno

DIAGNOSI DI DIMISSIONI:

STATO VEGETATIVO (GOS-E: 2, LCF \leq 2, CRS-R: SV, DRS: 23-29)

STATO DI COSCIENZA MINIMA (GOS-E: 2; LCF: 3, CRS-R: SCM, DRS: 19-25)

SINDROME DI LOCKED-IN (pz cosciente, anartrico, tetraplegico/tetra paretico) (GOS-E:3;
LCF>3, CRS-R: cosciente, DRS 10-16)

Annotazioni

.....
.....
.....
.....
.....
.....



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

PARTE 1

INFORMAZIONI ANAMNESTICHE

Tab. 1 – Informazioni sull'evento	
Data dell'evento Acuto	____/____/____ (Giorno Mese Anno)
Eziologia e Causa	<input type="checkbox"/> Trauma Cranio encefalico:
	<input type="checkbox"/> Vascolare:
	<input type="checkbox"/> Anossia:
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare).....
Danno Associato	<input type="checkbox"/> Midollare
	<input type="checkbox"/> Polmonare
	<input type="checkbox"/> Addominale
	<input type="checkbox"/> Altro
Luogo della Prima Rianimazione	<input type="checkbox"/> ospedale <input type="checkbox"/> territorio
Tempo Rianimazione Cardiopolmonare	totale minuti

Tab. 2 - Comorbidità Pre-Evento (C.I.R.S.)			
GRAVITÀ (MEDIA DI PUNTEGGI DEI 14 APPARATI)		COMORBIDITÀ (NUMERO DI APPARATI CON PUNTEGGIO ≥3)	

Riportare i punteggi ottenuti utilizzando la tabella contenuta nelle istruzioni

TRATTAMENTI EFFETTUATI DURANTE LA DEGENZA

Tab. 3 - Trattamenti Chirurgici	
Tipo	Data
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____
	____/____/____



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

Tab. 4 – Trattamenti Riabilitativi	
Tipo	Periodo
	dal _____ al _____
	dal _____ al _____
	dal _____ al _____
	dal _____ al _____

Tab. 5 – Esami neurofisiologici effettuati		
Data	Esame	Referto
___/___/___	EEG	
___/___/___	POTENZIALI EVOCATI SOMATOSENSORIALI (SEP)	Presenza bilaterale N20 <input type="checkbox"/> Presenza monolaterale N20 <input type="checkbox"/> Assenza bilaterale N20 <input type="checkbox"/>
___/___/___	POTENZIALI EVOCATI A LUNGA LATENZA (ERP)	Presenza P300 (oMMN) <input type="checkbox"/> Assenza P300 (o MMN) <input type="checkbox"/>
___/___/___	Altro	

Tab. 6 – Esami neuroradiologici		
Data	Esame	Referto
___/___/___	TC ENCEFALO	
___/___/___	RMN ENCEFALO	



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

PARTE 2

VALUTAZIONE CLINICO-FUNZIONALE ALLA DIMISSIONE

Tab. 1 - Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E)

Riportare i punteggi ottenuti utilizzando la tabella contenuta nelle istruzioni

Tab. 2 - Levels Of Cognitive Functioning (LCF)

Riportare i punteggi ottenuti utilizzando la tabella contenuta nelle istruzioni

Tab. 3 - Disability Rating Scale (DRS)

ITEMS	PUNTEGGIO
Apertura degli occhi	
Capacità di comunicazione	
Miglior risposta motoria	
Nutrirsi	
Sfinteri	
Rassettarsi	
Livello funzionale	
Adattabilità psicosociale	
PUNTEGGIO TOTALE	
CATEGORIA DISABILITA'	

Riportare i punteggi ottenuti utilizzando la tabella contenuta nelle istruzioni



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

Tab. 4 - Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R)

(Giacino J and Kalmar K, 2004, Lombardi et al., 2007)

		DIMISSIONE
Scala per la funzione uditiva		
4	Movimenti consistenti su ordine*	
3	Movimenti riproducibili su ordine*	
2	Localizzazione del suono	
1	Reazione di sussulto uditivo	
0	Nessuna risposta	
Scala per la funzione visiva		
5	Riconoscimento dell'oggetto*	
4	Localizzazione dell'oggetto: raggiungimento*	
3	Inseguimento visivo*	
2	Fissazione*	
1	Reazione di sussulto visivo	
0	Nessuna risposta	
Scala per la funzione motoria		
6	Uso funzionale dell'oggetto†	
5	Risposte motorie automatiche*	
4	Manipolazione degli oggetti*	
3	Localizzazione dello stimolo nocicettivo*	



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

2	Allontanamento in flessione	
1	Postura anomala	
0	Nessuna risposta/flaccidità	
Scala per la funzione motoria orale/verbale		
3	Verbalizzazione comprensibile*	
2	Vocalizzazione/movimenti orali	
1	Movimenti orali riflessi	
0	Nessuna risposta	
Scala per la comunicazione		
2	Funzionale: appropriata†	
1	Non funzionale: intenzionale*	
0	Nessuna risposta	
Scala per la vigilanza		
3	Attenzione	
2	Apertura degli occhi senza stimolazione	
1	Apertura degli occhi con stimolazione	
0	Non risvegliabile	
PUNTEGGIO TOTALE		

Riportare i punteggi ottenuti utilizzando la tabella contenuta nelle istruzioni



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

Tab. 5 – Valutazione del tono muscolare – Scala di Ashworth

Arto superiore	DX	SN	Arto inferiore	DX	SN
SPALLA			ANCA		
GOMITO			GINOCCHIO		
POLSO			PIEDE		
MANO					

Riportare i punteggi ottenuti utilizzando la tabella contenuta nelle istruzioni

Tab. 6 – Valutazione della presenza di blocchi articolari (POA, Retrazioni tendinee)

Arto superiore	DX		SN		Arto inferiore	DX		SX	
SPALLA	si	no	si	no	ANCA	si	no	si	no
GOMITO	si	no	si	no	GINOCCHIO	si	no	si	no
POLSO	si	no	si	no	PIEDE	si	no	si	no
MANO	si	no	si	no					

Riportare i punteggi ottenuti utilizzando la tabella contenuta nelle istruzioni



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

Tab. 7 - Comorbidità sviluppate durante la degenza

	Nessuna	
1	Polmoniti ricorrenti/stati infettivi ricorrenti/sepsi	
2	Scompenso metabolico: (iposodiemia, iper/ipoglicemia, insufficienza renale/ipotiroidismo scompensato)	
3	Scompenso cardiaco con FE<30	
4	Crisi epilettiche ricorrenti o mioclonie scarsamente controllate dalla terapia	
5	Insufficienza respiratoria grave con necessità di Ventilazione assistita	
6	Grave spasticità (Ashworth 3-4) /Paraosteoartropatie, POA multiple/contratture	
7	Aritmia maligna con necessità di intervento terapeutico	
8	Marcata e cronica ipotensione (PAS<90 mmHg)	
9	Nuovo insulto encefalico (idrocefalo, emorragia, ictus...)	
10	Iperattività simpatica parossistica (crisi neurovegetative) e/o disautonomia (tachicardia cronica, riduzione di Heart Rate Variability)	
11	Altro (specificare)	

PARTE 3

DATI CLINICI E VALUTAZIONE DEL BISOGNO ASSISTENZIALE

Tab. 1 - Dati Clinici e presenza di Protesi ed Ausili					
1.1 Parametri vitali:		Temperatura Corporea.....			
		PA:			
		FC.....			
		SaO2:.....%			
		Peso:..... kg			
		Altezza.....			
1.2 Portatore di catetere:	sì <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Catetere venoso centrale	Sede:		
			Data Posizione:		
		<input type="checkbox"/> Catetere venoso periferico	Sede		
			Data Posizione:		
	no <input type="checkbox"/>				
1.3 Pompa di baclofene intratecale		sì <input type="checkbox"/> data impianto	Dosaggio	ug...../die	
			Data allarme:	
		no <input type="checkbox"/>			
1.4 Protesi	sì <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Acustica		
			<input type="checkbox"/> Dentaria		
			<input type="checkbox"/> Artroprotesi		
			Sede		
			<input type="checkbox"/> Pacemaker data impianto.....		
			<input type="checkbox"/> Altro		
	no <input type="checkbox"/>				



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

Tab. 2 - Respirazione		
<input type="checkbox"/> Autonoma		
<input type="checkbox"/> Ventiloterapia	<input type="checkbox"/> Tipo.	
	<input type="checkbox"/> Tempo.....	
<input type="checkbox"/> Necessita di supplemento di ossigeno <input type="checkbox"/> l...../min	<input type="checkbox"/> Permanenza <input type="checkbox"/> Di notte <input type="checkbox"/> Di giorno	
<input type="checkbox"/> Cannula tracheostomica	<input type="checkbox"/> n°	<input type="checkbox"/> fenestrata
		<input type="checkbox"/> non fenestrata
		<input type="checkbox"/> cuffiata
		<input type="checkbox"/> non cuffiata
	<input type="checkbox"/> ultimo cambio/...../.....

Tab. 3 – Funzione vescicale	
<input type="checkbox"/> Minzione autonoma	
<input type="checkbox"/> Pz incontinente ma non cateterizzato	<input type="checkbox"/> pannolone
	<input type="checkbox"/> urocontrol
<input type="checkbox"/> Pz cateterizzato	<input type="checkbox"/> n°
	<input type="checkbox"/> ultimo cambio il/...../.....



REGIONE
CAMPANIA

SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA-CLINICO FUNZIONALE PER PERSONE IN
STATO VEGETATIVO, STATO DI MINIMA COSCIENZA E CON SINDROME DI
LOCKED-IN DA GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA

Allegato A

Tab. 4 - Alimentazione	
<input type="checkbox"/> Nutrizione per os	si alimenta autonomamente: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
	dieta normale <input type="checkbox"/> dieta semisolida <input type="checkbox"/> dieta semiliquida <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Presenta disfagia	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Portatore di sondino nasogastrico	n°
	ultimo cambio il/...../.....
<input type="checkbox"/> Portatore di PEG	n°
	ultimo cambio il/...../.....
<input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale	

Tab. 5 -Apparato Tegumentario		
<input type="checkbox"/> Integro		
<input type="checkbox"/> Presenza di decubiti	Sede	Stadio (secondo la scala NUAP riportata nelle istruzioni)
	<input type="checkbox"/> Trocanterica	
	<input type="checkbox"/> Talare	
	<input type="checkbox"/> Sacrale	
	<input type="checkbox"/> Ischiatica	
	<input type="checkbox"/> Altro	



PARTE 4

Caregiver addestrato si ☐ no ☐

- utilizzo ausili (sollevatore, sedia, tutori...)

☐ utilizzo pompa di nutrizione ☐ tracheoaspirazione ☐ utilizzo ventiloterapia

□ posizionamento □ trasferimenti

☐ medicazione piaghe ☐ rilevazione parametri vitali

☐ valutazione e stimolazione multisensoriale ☐ comunicazione aumentativa/alternativa

☐ altro (specificare)

Invio a:**STRUTTURA/SERVIZIO.....**

REFERENTE.....

DATA.....

COMPILATORE SCHEDA : COGNOMENOME.....

FIRMA

.....

