



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

**SCLE
ROSI
MULT
PLA**
fondazione
italiana

un mondo
libero della SM

AISM, INSIEME, UNA CONQUISTA DOPO L'ALTRA



CRF SOGGETTI NMOSD/MOGAD UNDER 18

Registro Italiano SM e
Patologie Correlate
Settembre 2023

**Struttura Tecnico Operativa
Istituto Mario Negri IRCCS**

**Gruppo di lavoro:
Amato, Capobianco, Filippi,
Patti, Tortorella**

INDICE

Schema riassuntivo	Pag. 3
Anagrafica	Pag. 4
Esordio e diagnosi	Pag. 5
Visite	Pag. 6
Riacutizzazioni	Pag. 8
Eventi clinici	Pag. 9
Gravidanza	Pag. 10
Trattamenti	Pag. 12
Trattamenti non farmacologici	Pag. 12
Gestione rischio clinico	Pag. 13
Covid-19	Pag. 13
Genitori e anamnesi familiare	Pag. 14
Anamnesi scolastica	Pag. 16
Sviluppo puberale	Pag. 17
Sviluppo psicomotorio	Pag. 17
Vaccinazioni	Pag. 18
Co-morbilità	Pag. 18
Anamnesi patologia familiare	Pag. 18
Fattori di rischio	Pag. 19
Valutazioni, test e scale	Pag. 24
Consulenza specialistica	Pag. 28
Esami strumentali e di laboratorio	Pag. 29
Liquor	Pag. 32
Risonanza Magnetica	Pag. 33
Esami strumentali potenziali evocati	Pag. 36
Esami strumentali - EEG	Pag. 36
Esami strumentali - ECG	Pag. 37
Esami strumentali controllo pressione	Pag. 37
Visita oculistica	Pag. 37
Tomografia Ottica Computerizzata	Pag. 38
Altri esami	Pag. 38

 Le pagine con questo simbolo sono da compilare al momento dell'inserimento del soggetto nel registro.
Le altre pagine verranno proposte per la compilazione ad ogni successiva visita

Le voci contraddistinte da * sono obbligatorie

Modulo 00 – Minimum Data Set
 Identificativo Centro – Specialista
 Identificativo paziente e record
 Anagrafica
 Esordio – Diagnosi
 Visite
 Riacutizzazioni
Trattamenti – informazioni minime

Modulo 08 – Minimum Data Set Farmaci
 Piano di Gestione del Rischio
 Calendario esami/viste raccomandato
 Scheda segnalazione eventi avversi

Modulo 01
 Anagrafe genitori
 Anamnesi familiare
 Gravidanza
 madre
 paziente
Fattori pre-perinatali

Modulo 02
 Anamnesi scolastica

Modulo 03
 Sviluppo puberale

Modulo 04
 Sviluppo psicomotorio

Modulo 06
 Vaccinazioni

Modulo 07
 Co-morbidità

Modulo 09
 Test Cognitivi e Fatica
 Obbligatori
 Facoltativi

Modulo 10
 Valutazione psico-
 sociale e psichiatrica
 Test e scale

Modulo 11
 Esami emato-chimici
 routine

Modulo 12
 Esami emato-chimici
 specifici

Modulo 13
 Esami Liquor

Modulo 15
 Esami Specialistici
 Vedi modulo 18

Modulo 16
 Esami strumentali
 Potenziali Evocati

Modulo 17
 Esami strumentali
 EEG, ECG

Modulo 18
 Consulenze ed esami
 specialistici
 Oculista e OCT
 Dermatologico e
 Epiluminescenza

Schema riassuntivo

CRF cartacea modulo iPad
Fac simile per Web Application 3.0

Modulo 05 – Fattori di rischio
 Residenza
 Fumo di sigaretta ambiente
 Fumo madre – padre – altri familiari
 Luce solare
 Colore pelle
 Allattamento
 Supplementi vitaminici
 BMI
 Fattori di Rischio Pre-Perinatale
 Allergie

Modulo
 Covid-19

Modulo 14
 Esami strumentali
 Risonanza Magnetica
 Presenza di lesioni captanti gde
 Presenza di nuove lesioni o di
 lesioni aumentate di volume*
 Numero totale di lesioni in
 T2 < [9] / >=[9]

ANAGRAFICA Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro: |_|_|_|_|_| 

Denominazione breve del centro: _____

Denominazione completa del centro: _____

Data inserimento del paziente: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Scheda Anagrafica

Cognome _____ Nome _____

Data nascita _____ Sesso _____
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| M F

Etnia

|_| africana |_| asiatica |_| caucasica
|_| inuita |_| ispanica |_| semita

Nazione nascita |_|_|

Provincia nascita _____

Comune nascita _____

Codice Fiscale

|_|

Scolarità

|_| nessuna |_| elementare |_| media inferiore
|_| media superiore |_| laurea o titoli superiori |_| d.n

☐ **Acquisito consenso informato**

Status del paziente

Paziente deceduto _____ Data decesso _____
|_| SI |_| NO |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Paziente DropOut |_|_| SI
Data DropOut |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mostra informazione: Paziente i cui dati non sono più recuperabili

Note

Residenza

Indirizzo _____

Comune _____

Provincia _____ CAP _____

Nazione di residenza _____

Recapiti

Telefono fisso _____

Cellulare _____

Altro recapito telefonico _____

E.mail _____

Medico di medicina generale

Cognome _____ Nome _____

Telefono _____ E.mail _____

ESORDIO E DIAGNOSI Paz. N°

Codice identificativo del centro: 

Paz. N°

Data Prima Visita presso il Centro

Esordio

RIS Sindrome Radiologicamente Isolata

SI NO Data RIS

Data esordio

Esordio ADEM-like SI NO

Febbre all'esordio[#] SI NO

Intervallo febbre- esordio (gg)

Vaccinazioni all'esordio[#] SI NO

Intervallo vaccinazioni (gg)

Episodio Infettivo all'esordio[#] SI NO

Intervallo ep. Infettivo (gg)

[#]In caso di possibile correlazione clinica tra Febbre, Vaccinazioni o Episodio Infettivo ed esordio

Sintomatologia di esordio monofocale polifocale

Neurite Ottica SI NO

Mielite SI NO

Sindrome dell'Area Postrema SI NO

Mostra informazioni: attacchi ripetuti di nausea, vomito, singhiozzo incoercibili associati o meno ad altri sintomi neurologici

Sindrome Diencefalica Acuta SI NO

Mostra informazioni: Ipersonnia, narcolessia, disturbi della regolazione della temperatura anoressia e perdita di peso

Sindrome Cerebrale Acuta con

lesioni encefaliche tipiche di NMOSD SI NO

Mostra informazioni: segni e sintomi neurologici acuti (ad es encefalopatia, crisi epilettiche, emiparesi, disturbi visivi corticali) causati da lesioni encefaliche tipiche di NMOSD

Sindrome Troncoencefalica Acuta SI NO

Mostra informazioni: segni e sintomi neurologici acuti (ad es alterazioni motilità oculare, segni da interessamento di vie lunghe, atassia) causati da lesioni troncoencefaliche tipiche di NMOSD

Meningoencefalite SI NO

Altri sintomi SI NO

Se si specificare _____

Diagnosi

Data diagnosi

Criterio conferma diagnosi:

Diagnosi SM

NO SM

SM Possibile

SM secondo Mc Donald 2001

SM secondo Mc Donald 2010

SM secondo Mc Donald 2017

NMOSD AQP4-positiva

NMOSD AQP4-negativa

MOGAD-patologie correlate

Altro se SI specificare (campo testo)

Data prima visita nel centro

1. Huda S, Whittam D, Bhojak M, Chamberlain J, Noonan C, Jacob A. Neuromyelitis optica spectrum disorders. *Clin Med (Lond)*. 2019;19(2):169-176.
2. Wingerchuk DM, Banwell B, Bennett JL, et al. International consensus diagnostic criteria for neuromyelitis optica spectrum disorders. *Neurology*.

Note

VISITE Paz. N° Codice identificativo del centro: Data visita*

EDSS

EDSS calcolato

Piramidale	0 1 2 3 4 5 6
Cerebellare	0 1 2 3 4 5
Troncoencefalico	0 1 2 3 4 5
Sensitiva	0 1 2 3 4 5 6
Sfinteriche	0 1 2 3 4 5 6
Visiva	0 1 2 3 4 5 6
Mentali	0 1 2 3 4 5
Deambulazione	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Peso [espresso in Kg – es. 85.5] Altezza [espressa in metri – es. 180] IMC [indice di massa corporea calcolato]

Stato occupazionale

 studente disoccupato attivo casalinga pensionato

Stato fumatore

 fumatore ex-fumatore mai fumatoreEDSS calcolato

Punteggio EDSS valutato dal clinico

0.0 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5

L'EDSS calcolato fa riferimento all'algoritmo descritto in: John F. Kurtzke. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). Neurology 1983;1444-1452.

Presenza di attività di malattia

Da un punto di vista clinico e sulla base dei criteri di attività della malattia (→help in linea), il paziente presenta, rispetto alla visita precedente, attività di malattia.

 SI NO IN ATTESA

Se sì per * :

* Possibile scelte multiple

 I progressione disabilità I attività radiologica I riacutizzazione clinica I altroSpasmi spinali: SI NO

Mostra informazioni: Episodi parossistici caratterizzati da ipertono muscolare, posture anomale e dolore intenso in uno o più distretti, spesso provocati o meno da movimento o stimolazione sensitiva. (1)

1. Liu J, Zhang Q, Lian Z, et al. Painful tonic spasm in neuromyelitis optica spectrum disorders: Prevalence, clinical implications and treatment options. Mult Scler Relat Disord. 2017;17:99-102.

Safety

II/La paziente ha sviluppato una neoplasia (escludendo le NMSC) dall'ultima visita? I_ I n.d. I_ I SI I_ I NO

II/La paziente ha sviluppato una neoplasia cutanea non melanoma (NMSC) dall'ultima visita? I_ I n.d. I_ I SI I_ I NO

II/La paziente ha sviluppato un Herpes Zoster (Fuoco di San Antonio) dall'ultima visita? I_ I n.d. I_ I SI I_ I NO

II/La paziente ha sviluppato un'infezione grave o associata all'immunosoppressione dall'ultima visita? I_ I n.d. I_ I SI I_ I NO

II/La paziente ha sviluppato altre condizioni patologiche di particolare rilievo dall'ultima visita? I_ I n.d. I_ I SI I_ I NO

Trattamento corrente e storia dei trattamenti (SI/NO DMT): I_ I n.d. I_ I SI I_ I NO

Il paziente è arruolato in uno studio clinico? I_ I SI I_ I NO

*se sì, codice studio: (campo libero)

Note

RIACUTIZZAZIONI Paz. N°

Codice identificativo del centro:

Data Inizio Relapse*

Durata Relapse (gg)

Sistema funzionale colpito*

Sfinteri	SI	NO
Tronco-encefalico	SI	NO
Cervelletto	SI	NO
Psichico	SI	NO
Piramidale	SI	NO
Sensitivo	SI	NO
Visivo	SI	NO
Altro sistema funzionale specificare _____	SI	NO

Vaccinazioni pre-relapse# SI NO

Intervallo vaccinazioni (gg)

Episodio infettivo pre-relapse# SI NO

Intervallo ep. Infettivo (gg)

*#In caso di possibile correlazione clinica tra Febbre,
Vaccinazioni o Episodio Infettivo e relapse*

Trattamento*

Trattamento Cortisonico SI NO

Trattamento in regime Ambulatoriale SI NO

Trattamento in regime Ospedaliero SI NO

Trattamento Aferetico SI NO

Se si Immunoassorbimento SI NO

Plasma exchange SI NO

Trattamento con Immunoglobuline endovena SI NO

Presentazione Clinica

ADEM SI NO

Neurite Ottica SI NO

Mielite SI NO

Sindrome dell'Area Postrema SI NO

Sindrome Diencefalica Acuta SI NO

Sindrome Cerebrale Acuta con

lesioni encefaliche tipiche di NMOSD SI NO

Sindrome Troncoencefalica Acuta SI NO

Meningoencefalite SI NO

Altro SI NO
Specificare _____

Impatto sulle attività della vita quotidiana

Recupero dopo relapse*: ☐ Completo

☐ Parziale

☐ Nessun recupero

☐ Non so

Impatto sulle ADL*: NO SI NON SO

Gravità*: ☐ Lieve

☐ Moderata

☐ Grave

☐ Non so

EVENTI CLINICI

Data evento* |_|_|_|_|_|_|_|_|

Condizioni mediche (codice LLT MedDRA – e codici PT, HLT, HLGT, SOC) _____

Gravità: ☐ lieve ☐ moderata ☐ grave ☐ rischio della vita

Condizioni mediche gravi ☐ SI, specificare

- ☐ causa del decesso ☐ mette a rischio la vita ☐ invalidità permanente/grave ☐ necessita/prolungata degenza in ospedale
☐ anomalia congenita/ difetto di nascita ☐ altra importante condizione medica

Esito: ☐ sconosciuto ☐ in corso ☐ guarigione ☐ decesso

Decesso correlato alla SM: |_| SI |_| NO

Data esito |_|_|_|_|_|_|_|

Correlato al trattamento: ☐ no/non so ☐ sì, improbabile ☐ sì, possibile ☐ sì, probabile ☐ sì, certo

Relazione con il farmaco di eventuale trattamento in corso (selezionare possibile farmaco tra quelli in corso)

Decisione terapeutica dopo l'evento: ☐ cambio trattamento ☐ nessun farmaco specifico ☐ altro

Note

GRAVIDANZA Paz. N° Codice identificativo del centro:

Inizio gravidanza

Test di gravidanza positivo* sì noData dell'ultima mestruazione* Data Inizio gravidanza* Data diagnosi gravidanza

Fine gravidanza

Gravidanza ancora in corso sì noData fine gravidanza

Evento fine gravidanza (vedi tabella sotto):

Gravidanza a termine	Gravidanza pre-termine	Aborto Spontaneo	Interruzione elettiva
Parto Sì No	Parto Sì No		
N. figli nati vivi	N. figli nati vivi	N. settimane di gravidanza	N. sett. di gravidanza
N. figli nati morti	N. figli nati morti	Motivo interruzione <i>[campo a testo libero]</i>	Motivo interruzione <i>[campo a testo libero]</i>
Anomalie congenite: SÌ/NO	Anomalie congenite: SÌ/NO	Anomalie fetali: SÌ/NO	Anomalie fetali: SÌ/NO
Se Sì <i>[campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>	Se Sì <i>[campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>	Se Sì <i>[campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>	Se Sì <i>[campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>



Allattamento

Allattamento al seno sì noData di inizio allattamento Data di fine allattamento Allattamento esclusivo sì noData di inizio allattamento esclusivo Data di fine allattamento esclusivo

Parto

Tipo parto vaginale cesareo uso strumentiAnestesia epidurale Sì noPeso alla nascita (kg) Lunghezza alla nascita (cm) Apgar 5° minuto Circonferenza cranica (cm)

Complicanze per la gravidanza*

Periodo gravidanza I_ I gravidanza I_ I parto I_ I interruzione

ICD9CM campo a testo libero _____

Data Inizio I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ Data Fine I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_ I_

Note _____

Anomalie per la gravidanza*

Tipo anomalia I_ I fetale I_ I congenita

Eurocat _____

Note _____

Note _____

TRATTAMENTI Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro |_|_|_|_|_|

Nome del farmaco* (Elenco FarmaDati) _____

Codice ATC _____ Codice MinSan _____

Gestione del rischio clinico (solo per farmaci DMT) _____

Dose _____ U.M. _____

Frequenza somministrazione _____

Via di somministrazione ☐ Altro ☐ IM ☐ IV ☐ Orale ☐ SC

Data inizio trattamento*

Data fine trattamento

|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|

Trattamento sospeso I_| SI I_| NO

Causa sospensione ☐ Evento avverso# ☐ Reazione allergica

☐ Non tollerato ☐ Non aderenza ☐ Scelta/beneficio del paziente

☐ Persistenza di relapse ☐ Persistenza di attività MRI ☐ Gravidanza confermata

☐ Pianificazione di gravidanza ☐ Progressione di malattia ☐ Progressione di EDSS

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

Nome del trattamento* (codice LLT MedDRA – e codici PT, HLT, HLGT, SOC) _____

Data inizio trattamento*

Data fine trattamento

|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|

Trattamento sospeso I_| SI I_| NO

Causa sospensione ☐ Evento avverso# ☐ Reazione allergica

☐ Non tollerato ☐ Non aderenza ☐ Scelta/beneficio del paziente

☐ Persistenza di relapse ☐ Persistenza di attività MRI ☐ Gravidanza confermata

☐ Pianificazione di gravidanza ☐ Progressione di malattia ☐ Progressione di EDSS

☐ Termine del trattamento ☐ Mancanza di efficacia

Note _____

GESTIONE RISCHIO CLINICO

Nel sistema Web-Application relativamente a farmaci specifici sono disponibili videate farmaco-specifiche riassuntive sul tipo di controlli richiesti nonché videate specifiche per l'inserimento dei dati

Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice Centro: |_|_|_|_|_|

COVID-19

Data contatto |_|_|_|_|_|_|_|_|

Nota: accertarsi di aver compilato la sezione Eventi Clinici registrando tutte le informazioni relative al Covid-19

- Modalità di contatto
- ☐ Visita in presenza
 - ☐ Contatto telefonico
 - ☐ Comunicazione via mail
 - ☐ Comunicazione via messaggistica (SMS, Whatsapp)
 - ☐ Telemedicina

Diagnosi confermata da test molecolare |_| SI |_| NO

Manifestazioni cliniche |_| Asintomatico |_| Sintomatico

Anticorpi anti SARS-COV2 |_| Negativo |_| Positivo

Se il paziente è sintomatico, è obbligatorio specificare almeno un sintomo:

Tosse |_| SI |_| NO

Stanchezza |_| SI |_| NO

Produzione di espettorato |_| SI |_| NO

Mal di gola |_| SI |_| NO

Mal di testa |_| SI |_| NO

Dolore alle ossa o alle articolazioni |_| SI |_| NO

Respiro corto |_| SI |_| NO

Congestione nasale |_| SI |_| NO

Brividi |_| SI |_| NO

Febbre |_| SI |_| NO

Altro |_| SI |_| NO

Altro, specificare _____

Note _____


Anagrafica genitori
Madre

 Anno nascita

 Scolarità (anni frequentati)

 Lavoro ☐ disoccupato ☐ casalinga ☐ dipendente ☐ autonomo
☐ altro

 Vivente NO SI

 Se NO, anno di decesso
Padre

 Anno nascita

 Scolarità (anni frequentati)

 Lavoro ☐ disoccupato ☐ casalinga ☐ dipendente ☐ autonomo
☐ altro

 Vivente NO SI

 Se NO, anno di decesso
Anamnesi familiare

 Data anamnesi

 Stato civile dei genitori ☐ coniugati- conviventi ☐ separati- divorziati

 Consanguineità tra i genitori NO SI

 Composizione nucleo familiare: - padre NO SI

 -madre NO SI

 -fratelli o sorelle (n. totale)

 - altri (n. totale)

 Età della madre al parto

 Precedente infezione virale della madre NO SI

 Se SI, ☐ HBV ☐ HCV ☐ HSV ☐ HIV

 Familiarità per malattie demielinizzanti NO SI

-Se SI, compilare tabella 1 -

 Familiarità per altre malattie autoimmuni NO SI

-Se SI, compilare tabella 2-

Tabella 1. Familiarità per malattie demielinizzanti	Padre	Madre	Fratelli/Sorelle	Altro
Sclerosi multipla	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
ADEM monofasica	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
ADEM multifasica	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Neuromielite ottica	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Mielite trasversa	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Sindrome clinicamente isolata	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Sindrome radiologicamente isolata	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>

Tabella 2. Familiarità per altre malattie autoimmuni	Padre	Madre	Fratelli/Sorelle	Altro
Alopecia aerata	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Artrite reumatoide	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Celiachia	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Cirrosi biliare primitiva	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Diabete	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Fibromialgia	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Insufficienza cortico-surrenalica	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Lupus eritematoso sistemico	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Malattia infiammatoria intestinale	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Malattia tiroidea	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Pemfigo	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Polimiosite/dermatomiosite	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Porpora idiopatica trombocitopenica	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Psoriasi	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Uveite	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Vitiligine	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>
Altro	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>	<u> </u> <u> </u>

Paz. N° | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | |



Gravidanza della Madre

Numero gravidanze | | |

Numero aborti spontanei | | |

Ordine di genitura del paziente

- ☐ primogenito
- ☐ secondogenito
- ☐ terzogenito
- ☐ quartogenito
- ☐ altro

Gravidanza relativa al paziente

Tipo di gravidanza ☐ singola ☐ gemellare

Durata gravidanza (settimane) | | |

Eventuali complicazioni in gravidanza | | NO | | SI

Se SI, (Più di un'opzione): ☐ minacce d'aborto ☐ minacce di parto pretermine ☐ vaginosi batterica
☐ toxoplasma ☐ citomegalovirus ☐ rosolia ☐ herpes virus ☐ chlamydia trachomatis ☐ streptococco gruppo B ☐ altre infezioni

Fattori pre- perinatali relativi al paziente

Parto a termine | | NO | | SI

Modalità del parto

- ☐ Via vaginale eutocico
- ☐ Via vaginale distocico
- ☐ Con taglio cesareo in elezione
- ☐ Con taglio cesareo d'urgenza

Indice di Apgar al 5° minuto: _____

Peso (kg) _____

Lunghezza (cm) _____

Circonferenza cranica (cm) _____

Note

Paz. N° Codice identificativo del centro **Anamnesi Scolastica**Data anamnesi Insegnante di sostegno NO SI NON SORipetizioni in classe NO SI NON SOProfitto scolastico globale insufficiente NO SI NON SODebiti scolastici NO SI NON SOPresenza di difficoltà di apprendimento NO SI NON SO

Assenze Scolastiche nell'ultimo anno scolastico	Qualsiasi motivazione	NO SI NON SO
	Determinate dalla patologia	NO SI NON SO
	Numero di assenze nell'ultimo anno scolastico	
Comportamenti inadeguati in classe	Scarsa capacità di attenzione e motivazione	NO SI NON SO
	Difficoltà di socializzazione con i compagni di scuola	NO SI NON SO
	Apprendimento della letto-scrittura in classi successive alla prima elementare	NO SI NON SO
	Eventuali cali di rendimento scolastico o regressioni di competenze e abilità	NO SI NON SO
	Scarsa motivazione e scarso interesse allo studio	NO SI NON SO
Attività extracurricolari	In corso	NO SI NON SO
	Ridotte a causa della malattia	NO SI NON SO
	Interrotte a causa della malattia	NO SI NON SO
	Mai effettuate	NO SI NON SO
Effettua attività sportiva di qualsiasi tipo		NO SI NON SO
Ha hobby di qualsiasi tipo		NO SI NON SO
Partecipa ad attività sociali di qualsiasi tipo		NO SI NON SO

Note _____

Paz. N° | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |

Sviluppo puberale

Data anamnesi | | | | | | | |

Sviluppo femminile (stadi di Tanner)

MAMMELLE		Valutazione puberale femminile		PELI PUBICI	
B1 Età prepuberale			P1 Età prepuberale		
B2 Età 11.15 (8.95-13.25)			P2 Età 11.69 (9.277-14.11)		
B3 Età 12.15 (9.97-14.33)			P3 Età 12.36 (10.16-14.56)		
B4 Età 13.1 (9.10-15.31)			P4 Età 12.95 (10.83-15.07)		
B5 Età 15.33 (11.85-18.81)			P5 Età 14.41 (12.17-16.65)		

Mammelle | | B1 | | B2 | | B3 | | B4 | | B5 Peli pubici | | P1 | | P2 | | P3 | | P4 | | P5

Anni all'inizio della pubertà (comparsa bottone mammario) | | |

Età menarca | | |

Sviluppo maschile (stadi di Tanner)

Valutazione puberale maschile		GENITALI		PELI PUBICI	
G1 Età prepuberale: Pene, testicoli e scroto infantili			P1 Età prepuberale: Assenza di peli pubici		
G2 Età 11.64 (9.50-13.78)			P2 Età 13.44 (11.26-15.62)		
G3 Età 12.85 (10.77-14.93)			P3 Età 13.90 (11.82-15.98)		
G4 Età 13.7 (11.73-15.81)			P4 Età 14.36 (12.20-16.52)		
G5 Età 14.92 (12.72-17.12)			P5 Età 15.18 (13.04-17.32)		

Genitali | | G1 | | G2 | | G3 | | G4 | | G5

Peli pubici | | P1 | | P2 | | P3 | | P4 | | P5

Età pubarca (inizio crescita testicolare) | | |

Sviluppo psicomotorio

Data anamnesi | | | | | | | |

Ritardo Posturomotorio	NO	SI
Ritardo del Linguaggio	NO	SI
Alterato sviluppo sociale	NO	SI
Presenza di enuresi	NO	SI
Presenza di encopresi	NO	SI

Note _____

VACCINAZIONI Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro |_|_|_|_|_|

Data anamnesi |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

				Se SI, data valida
Vaccinazione esavalente (DTPa, IPV, EpB, Hib, Pneumococco)	Prima	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Seconda	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Terza	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Richiamo a 6 anni	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Richiamo a 12°-18° anni (solo DTP aIPV)	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Eventuali vaccinazioni escluse dal calendario vaccinale	_ NO	_ SI	
	Se SI, indicare quali: ☐ DTPa ☐ IPV ☐ EpB ☐ Hib ☐ Pneumococco	_ NO _ NO _ NO _ NO _ NO	_ SI _ SI _ SI _ SI _ SI	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Morbillo- Parotite- Rosolia (MPR)	Prima	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Seconda	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
Varicella	Prima	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Seconda	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
Meningococco C	Men C	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Men ACWY coniugato (12°-18° anno)	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
Meningococco B	Prima	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Seconda	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Terza	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Quarta	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
Rotavirus	Prima	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Seconda	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Terza	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
Papilloma virus umano (HPV)	Prima	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Seconda	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
	Terza	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _
Influenza	Ultima dose	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _

Co-morbilità**Indicare eventuale presenza di co-morbilità**

Inserire Codice ICD 9 o descrizione e selezionare dai suggerimenti _____

Data inizio |_|_|_|_|_|_|_|_|_| In corso |_| SI |_| NO Data fine |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Anamnesi patologica familiare

Inserire Codice ICD 9 o descrizione e selezionare dai suggerimenti _____

Tipo parentela |_| Padre |_| Madre |_| Sorella |_| Fratello |_| Figlio |_| Figlia |_| Altro (specificare) _____

Data inizio |_|_|_|_|_|_|_|_|_| In corso |_| SI |_| NO Data fine |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**Luoghi di residenza del bambino**

Indicare tutti comuni/città dove il bambino ha vissuto per almeno 6 mesi in ordine cronologico dal più remoto al più recente

Provincia	Comune	Nazione	Anno in cui si è trasferito in questa città [aaaa]	Mese in cui si è trasferito in questa città [mm]

Esposizione al fumo di sigaretta

	Neonato (0-11 mesi)	Prima infanzia (1-3 anni)	Età prescolare (4-5 anni)	Età scolare (6-12 anni)	Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)
Uno o più fumatori vivevano a casa e fumare era permesso dentro casa a prescindere che il bambino fosse in casa oppure no	☐	☐	☐	☐	☐
Uno o più fumatori vivevano a casa, ma fumare non era permesso dentro casa sia che il bambino fosse in casa oppure no	☐	☐	☐	☐	☐
Nessun fumatore viveva in casa e fumare non era permesso in casa quando vi facevano visita amici/parenti fumatori	☐	☐	☐	☐	☐
Nessun fumatore viveva in casa, ma fumare era permesso in casa quando vi facevano visita amici/parenti fumatori	☐	☐	☐	☐	☐
Non so, non mi ricordo	☐	☐	☐	☐	☐

Abitudini al fumo della MADRE

	Neonato (0-11 mesi)	Prima infanzia (1-3 anni)	Età prescolare (4-5 anni)	Età scolare (6-12 anni)	Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)
Fumava tutti i giorni	☐	☐	☐	☐	☐
Fumava ogni tanto	☐	☐	☐	☐	☐
Non fumava	☐	☐	☐	☐	☐
Non so, non mi ricordo	☐	☐	☐	☐	☐

Paz. N° | | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |

**Abitudini al fumo del PADRE**

	<i>Neonato (0-11 mesi)</i>	<i>Prima infanzia (1-3 anni)</i>	<i>Età prescolare (4-5 anni)</i>	<i>Età scolare (6-12 anni)</i>	<i>Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)</i>
Fumava tutti i giorni	☐	☐	☐	☐	☐
Fumava ogni tanto	☐	☐	☐	☐	☐
Non fumava	☐	☐	☐	☐	☐
Non so, non mi ricordo	☐	☐	☐	☐	☐

Abitudini al fumo di ALTRI MEMBRI che vivono/vivevano con il bambino

	<i>Neonato (0-11 mesi)</i>	<i>Prima infanzia (1-3 anni)</i>	<i>Età prescolare (4-5 anni)</i>	<i>Età scolare (6-12 anni)</i>	<i>Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)</i>
Fumava/ fumavano tutti i giorni	☐	☐	☐	☐	☐
Fumava/ fumavano ogni tanto	☐	☐	☐	☐	☐
Non Fumava/ fumavano	☐	☐	☐	☐	☐
Non so, non mi ricordo	☐	☐	☐	☐	☐

La MADRE fumava quando era in gravidanza (con riferimento alla gravidanza che ha portato alla nascita del bambino)?

| | NO | | SI

Suo figlio fuma o ha mai fumato? | | NO | | SI

Se SI, a che età ha iniziato a fumare? | | |
per quanti anni ha fumato? | | |**Esposizione alla luce solare**

Frequenza di attività quotidiane all'aperto

	<i>Neonato (0-11 mesi)</i>	<i>Prima infanzia (1-3 anni)</i>	<i>Età prescolare (4-5 anni)</i>	<i>Età scolare (6-12 anni)</i>	<i>Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)</i>
Quasi sempre fuori	☐	☐	☐	☐	☐
Spesso fuori	☐	☐	☐	☐	☐
Spesso dentro	☐	☐	☐	☐	☐
Quasi sempre dentro	☐	☐	☐	☐	☐
Non so, non ricordo	☐	☐	☐	☐	☐

Tempo trascorso all'aperto nei weekend in estate

	<i>Neonato (0-11 mesi)</i>	<i>Prima infanzia (1-3 anni)</i>	<i>Età prescolare (4-5 anni)</i>	<i>Età scolare (6-12 anni)</i>	<i>Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)</i>
30 minuti o meno	☐	☐	☐	☐	☐
30 minuti-1 ora	☐	☐	☐	☐	☐
1 ora-3 ore	☐	☐	☐	☐	☐
3 ore o più	☐	☐	☐	☐	☐
Non so, non ricordo	☐	☐	☐	☐	☐

Paz. N° | | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |

Tempo trascorso all'aperto nei giorni feriali in estate

	<i>Neonato (0-11 mesi)</i>	<i>Prima infanzia (1-3 anni)</i>	<i>Età prescolare (4-5 anni)</i>	<i>Età scolare (6-12 anni)</i>	<i>Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)</i>
30 minuti o meno	☐	☐	☐	☐	☐
30 minuti-1 ora	☐	☐	☐	☐	☐
1 ora-3 ore	☐	☐	☐	☐	☐
3 ore o più	☐	☐	☐	☐	☐
Non so, non ricordo	☐	☐	☐	☐	☐

Tempo trascorso all'aperto nei weekend e durante le festività in inverno

	<i>Neonato (0-11 mesi)</i>	<i>Prima infanzia (1-3 anni)</i>	<i>Età prescolare (4-5 anni)</i>	<i>Età scolare (6-12 anni)</i>	<i>Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)</i>
30 minuti o meno	☐	☐	☐	☐	☐
30 minuti-1 ora	☐	☐	☐	☐	☐
1 ora-3 ore	☐	☐	☐	☐	☐
3 ore o più	☐	☐	☐	☐	☐
Non so, non ricordo	☐	☐	☐	☐	☐

Colore della pelle del bambino (non abbronzata):

- ☐ molto chiaro 1-2
☐ chiaro 3-4
☐ olivastro 5-6
☐ marron chiaro 7
☐ marron scuro 8-9
☐ molto scuro 10

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21

Allattamento al seno materno

Com'è stato allattato il bambino?

	<i>Fino al 3° mese o meno</i>	<i>Fino al 4°-6° mese</i>	<i>Fino al 7°-9° mese</i>	<i>Fino al 10° o oltre</i>
Solo con latte materno	☐	☐	☐	☐
Sia con latte materno sia con latte artificiale (formula)	☐	☐	☐	☐
Solo con latte artificiale	☐	☐	☐	☐

Il bambino ha ricevuto supplementi vitaminici durante l'allattamento? | | NO | | SI

Se SI, per quanti mesi?

- ☐ Fino al 3° mese o meno
☐ Fino al 4°-6° mese
☐ Fino al 7°-9° mese
☐ Fino al 10° o oltre

Paz. N° | | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |

**BMI**Quale di queste figure meglio rappresenta il fisico della bambina alle età sotto riportate?

									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Neonato (0-11 mesi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prima infanzia (1-3 anni)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Età prescolare (4-5 anni)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Età scolare (6-12 anni)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Quale di queste figure meglio rappresenta il fisico del bambino alle età sotto riportate?

									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Neonato (0-11 mesi)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prima infanzia (1-3 anni)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Età prescolare (4-5 anni)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Età scolare (6-12 anni)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Peso attuale (kg) | | | |

Altezza attuale (cm) | | | |

Paz. N° | | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |



Storia di allergie

Suo/a figlio/a soffre o ha mai sofferto di allergia a qualcuna delle seguenti sostanze (per esempio ha mai avuto congiuntiviti, riniti, eczema, asma)?

| | NO | | SI | | NON SO

Se SI, indichi per cortesia a quale età ha avuto i primi sintomi di allergia

	<i>Neonato (0-11 mesi)</i>	<i>Prima infanzia (1-3 anni)</i>	<i>Età prescolare (4-5 anni)</i>	<i>Età scolare (6-12 anni)</i>	<i>Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)</i>
Pollini	☐	☐	☐	☐	☐
Polvere domestica	☐	☐	☐	☐	☐
Forfora (pelo) di animale	☐	☐	☐	☐	☐
Cibi particolari	☐	☐	☐	☐	☐
Altro	☐	☐	☐	☐	☐

Note _____

VALUTAZIONI, TEST E SCALE Paz. N° | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |

Data anamnesi | | | | | | | |

-Test obbligatori- Valutazioni cognitive

Campo	Requisiti	Punteggio finale
Vocabolario (WISC) (range 0-64)	Comprende 32 parole elencate in ordine di difficoltà crescente alle quali il bambino deve dare il significato. Viene attribuito il punteggio 2, 1 o 0 a tutti gli item, a seconda della precisione con la quale viene data la definizione	
SYMBOL DIGIT MODALITIES TEST (range 0 -110)	Il Symbol Digit Modalities Test è un test per l'attenzione sostenuta e la concentrazione. Per questa batteria di test neuropsicologici è applicata solo la versione orale. Punteggio: contare il numero di risposte corrette fornite nei 90 secondi.	
Trail Making Test A <i>segnare il tempo sec.</i> Test B <i>segnare il tempo sec.</i>	Il Trail Making Test A e B valuta il modo di procedere in compiti di ricerca visiva e spaziale, indaga le capacità di attenzione del soggetto e la sua abilità nel passare velocemente da uno stimolo di tipo numerico ad uno alfabetico. Punteggio: registrare i secondi che il paziente impiega sia per la parte A che per la parte B.	
Selective Reminding Test (range 0-72) SRT-LTS (range 0-72) SRT-CLTR (range 0-72) SRT-D (range 0-12)	Test di apprendimento verbale che permette di distinguere il recupero dalla memoria a breve dal recupero dalla memoria a lungo termine (SRT_LTS; Long Term Storage e SRT_CLTR : Consistent Long Term Retrieval). Il SRT esamina anche la consistenza del recupero dalla memoria a lungo termine Punteggio: elaborazione complessa da parte dell'esaminatore.	

Paz. N° | | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |

-Test facoltativi

Campo	Requisiti	Punteggio finale
Developmental Test of Visual-Motor Integration (VMI)	Consente di ottenere informazioni in merito alle competenze visuo-spaziali e prassico-costruttive in età evolutiva. Punteggio: elaborazione complessa da parte dell'esaminatore.	
Fluenza Verbale per Categorie	Il test di fluenza verbale è uno degli strumenti volti a dare una misura della capacità di ricerca rapida di parole nel lessico interno. Punteggio: somma complessiva di parole prodotte nei 4 stimoli presentati, diviso per 4 .	
Fluenza Verbale su Stimolo Fonemico	Il test di fluenza verbale è uno degli strumenti volti a dare una misura della capacità di ricerca rapida di parole nel lessico interno. Punteggio: somma delle parole prodotte nei 4 stimoli presentati.	

Note _____

Valutazione psicosociale e psichiatrica

Data anamnesi | | | | | |

Campo	Requisiti	Punteggio finale
Child Behavior Checklist di Thomas Achenbach e Leslie Rescorla QUESTIONARIO SUL COMPORTAMENTO DEL BAMBINO - Anni 6-18 (genitori)	Permettono una descrizione del repertorio comportamentale ed emotivo del bambino attraverso i resoconti forniti da genitori, insegnanti e/o ragazzi, per valutare la presenza di condotte potenzialmente problematiche elencate in scale comportamentali. Le scale si compongono di circa 100 item, raggruppati in 8 scale sindromiche (approccio dimensionale).	
Test K-SADS-PL - Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti	La K-SADS-PL è un'intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici (passati e attuali) in bambini e adolescenti secondo i criteri del DSM-III-R e del DSM-IV. Viene somministrata da psicologi o neuropsichiatri infantili sia ai ragazzi che ai loro genitori, e consente di ottenere un punteggio complessivo che tiene conto di tutti i dati raccolti dalle varie fonti disponibili (famigliari, bambini, insegnanti, pediatri, ecc.).	

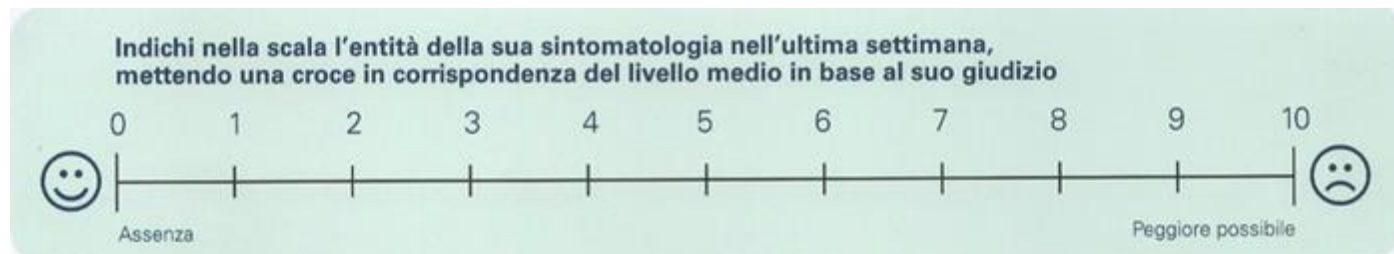
Note _____

Paz. N° | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | |

Data visita | | | | | | | |

Numerical Rating Scale



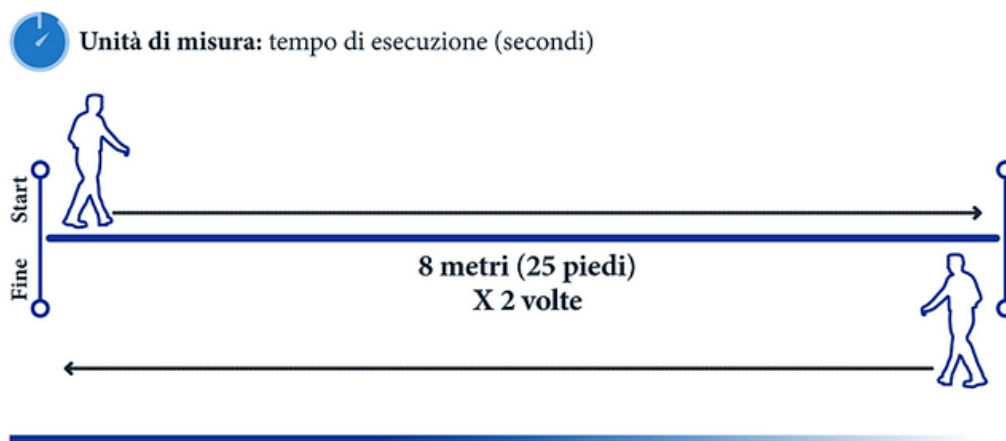
Spasticità	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sonno	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Vescica	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Dolore	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Complessivo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Note _____

Valutazione Foot Walk e Ambulation Index

Test per la deambulazione dei 25 piedi (Timed 25 Foot Walk, T25FW)

consiste nella misurazione del tempo necessario a percorrere a passo veloce, ma senza correre, una distanza di 8 metri (25 piedi) per 2 volte (andata e ritorno).



Inserire il tempo in secondi | | | |

Ambulation Index Scale (AI, Hauser)

0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

L'uso di una sedia a rotelle può essere determinato dallo stile di vita del paziente o da una sua particolare motivazione. Si prevede che il paziente di grado 7 utilizzerà una sedia a rotelle più frequentemente rispetto al paziente dei gradi 5 o 6

Riferimento: Hauser SL, Dawson DM, Leichner JR, Beal MF, Kevy SV, Propper RD, Mills JA, Weiner HL. Intensive immunosuppression in progressive multiple sclerosis. A randomized, threearm study of high-dose intravenous cyclophosphamide, plasma exchange, and ACTH. N Engl J Med. 1983 Jan 27;308(4):173-80.

Note _____

Paz. N° | | | | | | | | | Codice identificativo del centro: | | | | | |

Data visita | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Scala Rankin modificata

Seleziona:

|1|2|3|4|5|

Legenda:

0.Nessuna sintomatologia

1.Nessuna disabilità significativa malgrado i sintomi: è in grado di svolgere tutte le attività e i compiti abituali

2. Disabilità lieve: non riesce più di svolgere tutte le attività precedenti, ma è autonomo/a nel camminare e nelle attività della vita quotidiana

3. Disabilità moderata: richiede qualche aiuto nelle attività della vita quotidiana, ma cammina senza assistenza

4. Disabilità moderatamente grave: non è più in grado di camminare senza aiuto né di badare ai propri bisogni corporali

5. Disabilità grave: costretto/a a letto, incontinente e bisognoso/a di assistenza infermieristica e di attenzione costante

1. Quinn TJ, Dawson J, Walters MR, Lees KR. Exploring the reliability of the modified rankin scale. *Stroke*. 2009 Mar;40(3):762-6. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.522516. Epub 2009 Jan 8. PMID: 19131664

Note

Paz. N° | | | | | | | **Codice identificativo del centro:** | | | | |

Data | | | | | | |

Quality of life scale

Quality of Life Scale 16 items

Punteggio Quality of life scale: _____ (campo libero numerico)

Legenda:

Burckhardt, C.S., Anderson, K.L., Archenholtz, B. *et al.* The Flanagan Quality of Life Scale: Evidence of Construct Validity. *Health Qual Life Outcomes* 1, 59 (2003).

Note _____

CONSULENZA SPECIALISTICA Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro |_|_|_|_|_|

Data esame |_|_|_|_|_|_|_|_|

Consulenza dermatologica patologica

|_| NO |_| SI

Se sì, _____

Epiluminescenza patologica

|_| NO |_| SI

Note _____

Emocromo, conta leucocitariaData del prelievo

Parametro	Valore	Normale	Commenti
Leucociti	U.M.*	NO SI	
Eritrociti	U.M.	NO SI	
Linfociti	U.M.	NO SI	
Conta linfocitaria inferiore ai limiti di norma	U.M.	NO SI	
Conta cellule T	U.M.	NO SI	
Conta cellule T CD4	U.M.	NO SI	
Conta cellule T CD8	U.M.	NO SI	
Conta cellule B CD19	U.M.	NO SI	
Conta cellule B CD27	U.M.	NO SI	
Conta cellule NK	U.M.	NO SI	
Neutrofili	U.M.	NO SI	
Monociti	U.M.	NO SI	
Eosinofili	U.M.	NO SI	
Basofili	U.M.	NO SI	
Piastrine	U.M.	NO SI	
Emoglobina	U.M.	NO SI	

Esami ematochimici di routine

Parametro	Valore	Normale	Commenti
Proteine totali	U.M.*	NO SI	
Albumina	U.M.	NO SI	
Calcemia	U.M.	NO SI	
Urea	U.M.	NO SI	
Uricemia	U.M.	NO SI	
Creatinina	U.M.	NO SI	
SGOT/AST	U.M.	NO SI	
SGTP/ALT	U.M.	NO SI	
Gamma-GT	U.M.	NO SI	
Bilirubina	U.M.	NO SI	
Fosfatasi alcalina	U.M.	NO SI	
Amilasi	U.M.	NO SI	
Lipasi	U.M.	NO SI	

Note _____

Paz. N° | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |

ESAMI EMATOCHIMICI SPECIFICI

Data del prelievo | | | | | | | |

Funzionalità tiroidea

Parametro	Valore	Normale	Commenti
Ab anti-microsomiali	U.M.* _____	NO SI	
AC anti-tireoglobulina	U.M. _____	NO SI	
FT3	U.M. _____	NO SI	
FT4	U.M. _____	NO SI	
TSH	U.M. _____	NO SI	

Test sierologici Data del prelievo | | | | | | | |

Parametro	Valore	Esito	Commenti
HBV-Antigene di superficie virus Epatite B	U.M.* _____	POS NEG	
Anticorpo anti-HCV	U.M. _____	POS NEG	
Anticorpo anti-HIV	U.M. _____	POS NEG	
Anticorpo anti-varicella	U.M. _____	POS NEG	
Anticorpo neutralizzante anti-IFN	U.M. _____	POS NEG	
Anticorpo neutralizzante anti VLA-4	U.M. _____	POS NEG	
beta-hCG plasmatica (gonadotropina corionica)	U.M. _____	POS NEG	
Test Quantiferon TB Gold	U.M. _____	POS NEG	
Test di Mantoux	U.M. _____	POS NEG	

Test auto-anticorpi Data del prelievo | | | | | | | |

Parametro	Valore	Normale	Commenti
ANA	U.M.* _____	NO SI	
Anti-mitocondriale	U.M. _____	NO SI	
Anti-mucosa gastrica	U.M. _____	NO SI	
Anti-smooth muscale	U.M. _____	NO SI	
Anti-Ro/SSA	U.M. _____	NO SI	
La	U.M. _____	NO SI	
Sm	U.M. _____	NO SI	
RNP	U.M. _____	NO SI	
Scl-70	U.M. _____	NO SI	
Jo1	U.M. _____	NO SI	
Anti-DNA	U.M. _____	NO SI	
ANCA	U.M. _____	NO SI	
Anti-LKM	U.M. _____	NO SI	
Anti-cardiolipina	U.M. _____	NO SI	
LAC	U.M. _____	NO SI	
Anti-transglutaminasi	U.M. _____	NO SI	

Note

Altri esami specifici _____ Data prelievo

TEST	RISULTATO
Anticorpo Anti virus JCV nel plasma	☐ positivo ☐ negativo
JCV index (valore)	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
Anti_EBV_IgG	☐ positivo ☐ negativo
Titolo Anti_EBV_IgG (valore)	<u> </u> <u> </u> <u> </u>
Anti_EBV_IgM	☐ positivo ☐ negativo
DNA virale JC nelle urine	☐ positivo ☐ negativo

Ab anti-MOG Negativo Positivo

Titolo anticorpale: *campo numerico seguito da menu unità misura* (in tendina)

Test di laboratorio utilizzato (in tendina, scelta unica):

- CBA (Cell-BasedAssay)
- FACS (Fluorescence-Activated Cell Sorting)
- ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbentAssay)
- IIF (IndirectImmunoFluorescence)
- RIPA (RadiolImmunoPrecipitationAssay)
- FIPA (FluorescenceImmunoPrecipitationAssay)

Ab anti AQP4 Negativo Positivo

Titolo anticorpale: *campo numerico seguito da menu unità misura* (in tendina)

Test di laboratorio utilizzato (in tendina, scelta unica):

- CBA (Cell-BasedAssay)
- FACS (Fluorescence-Activated Cell Sorting)
- ELISA (Enzyme-Linked ImmunoSorbentAssay)
- IIF (IndirectImmunoFluorescence)
- RIPA (RadiolImmunoPrecipitationAssay)
- FIPA (FluorescenceImmunoPrecipitationAssay)

VES (valore) U.M. (selezionare) _____

ACE (valore) U.M. (selezionare) _____

Microglobulina beta-2 (valore) U.M. (selezionare) _____

Vitamina D (valore) U.M. (selezionare) _____

LDH (Lattico Deidrogenasi) (valore) U.M. (selezionare) _____

Note _____

LIQUOR Paz. N° | | | | | | | | |

Codice identificativo del Centro | | | | |

Data esame | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

Liquor cerebro-spinalis:

- ☐ Traumatico ☐ Alterazione tipica per SM
- ☐ Normale ☐ Alterazione atipica per SM

Conta cellulare:

Conta leucociti (/mm³) | _ | _ | _ | _ |

Linfociti (%)

Granulociti (%)	1	1	1	1	1
-----------------	---	---	---	---	---

Plasmacellule (%)	1	2	3	4	5
0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0
30	0	0	0	0	0
40	0	0	0	0	0
50	0	0	0	0	0
60	0	0	0	0	0
70	0	0	0	0	0
80	0	0	0	0	0
90	0	0	0	0	0
100	0	0	0	0	0

Eritrociti (/mm³) | | | | |

Valori ematochimici

Proteine (mg/l)	1	2	3	4	5
-----------------	---	---	---	---	---

Glucosio (mg/l) | | | | |

Albumina (mg/l) | | | | |

Q Albumina I _ I _ I _ I _

IgG (mg/l) | _ | _ | _ | _

Indice di IgG | _ | _ | _ | _ |

Altro: ☐ NO ☐ SI, specificare _____

Effettuato esame del Virus JC nel CFS? ☐ ☐ NO ☐ ☐ SI Se SI, patologico ☐ ☐ NO ☐ ☐ SI

Effettuata ricerca Anticorpi anti-MOG nel CSF? ☐ NO ☒ SI*

*Se SI, presenti 1_1 assenti 1_1

Bande oligoclonali: ☐ non effettuato ☐ bande oligoclonali assenti ☐ bande oligoclonali presenti*

*Numero bande presenti: 1 1 1 1

☐ Bande oligoclonali sieriche e liquorali

☐ Bande oligoclonali liquorali

☐ Prelievo del siero non effettuato

Note

Informazioni minime, obbligatorie*

Data dell'esame | | | | | | | |

Tipo di magnete utilizzato: | | Non so | | 1.0 T | | 1.5 T | | 3.0 T

Area SNC esaminata: ☐ encefalo ☐ midollo cervicale ☐ midollo toracico ☐ midollo spinale completo

Somministrazione di Gadolinio#: | | Non so | | NO | | SI

Esame encefalo	Status	
Presenza di lesioni in T1	NO SI	
Presenza di lesioni in T1 captanti Gadolinio [#]	NO SI	N° di lesioni in T1 Captanti Gadolinio Se non è noto il numero delle lesione riportare il valore 999 + NON NOTO
Presenza di nuove lesioni o di lesioni aumentate di volume in T2 rispetto a RM precedente [^]	NO SI	N° di lesioni T2 nuove e aumentate di volume Se non è noto il numero delle lesioni riportare il valore 999+ NON NOTO
Numero totale di lesioni in T2	☐ [0] ☐ [1-2] ☐ [3-8] ☐ [9+] ☐ non noto	

[#] La domanda è applicabile solo se Somministrazione di Gadolinio = SI[^] elenco della/e RM precedente/i presente a vista nella schermata della web application**In caso di RM Midollo Spinale: completo, cervicale, dorsale-**

Esame Midollo Spinale	Status	
Presenza di lesioni in T1	NO SI	
Presenza di lesioni in T1 captanti Gadolinio [#]	NO SI	N° di lesioni in T1 Captanti Gadolino Se non è noto il numero delle lesione riportare il valore 999 + NON NOTO
Presenza di nuove lesioni o di lesioni aumentate di volume in T2 rispetto a RM precedente [^]	NO SI	N° di nuove lesioni o aumentate di volume in T2 Se non è noto il numero delle lesione riportare il valore 999+ NON NOTO
Numero totale di lesioni in T2	☐ [0] ☐ [1-2] ☐ [≥3] ☐ non noto	

[#] La domanda è applicabile solo se Somministrazione di Gadolinio = SI[^] elenco della/e RM precedente/i presente a vista nella schermata della web application

RISONANZA MAGNETICA– INFORMAZIONI SPECIFICHE

Paz. N° | | | | | | | | | | Codice identificativo del centro | | | | | |

Lesioni a carico del nervo ottico (T1 Gd+ e/o T2)	Status	
Presenza di lesioni captanti Gadolinio	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	
Presenza di lesioni iperintense in T2 a carico del nervo ottico	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	
Sede delle lesioni	☐ destra ☐ sinistra ☐ bilaterale	
Enhancement periottico	☐ no ☐ si	
Localizzazione nervo ottico	☐ segmento anteriore (intraorbitale) ☐ segmento poster (intracanalicolare/intracranico) ☐ entrambi	
Estensione del danno	☐ <50 % del nervo ottico ☐ > = 50% del nervo ottico	

Lesioni a carico del Chiasma/Tratto Ottico (T1 Gd+ e/o T2)	Status	
Presenza di lesioni captanti Gadolinio	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	
Presenza di lesioni iperintense in T2	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	

Lesioni iperintense in T2 a carico del tronco encefalo	Status	Definizioni
In sede area postrema	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	
In sede periependimale/periacqueduttale	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	
Lesioni con aspetto "fluffy"	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	Lesioni con contorni poco delimitati ed aspetto "cotonoso"

Lesioni Iperintense in T2 a carico del diencefalo	Status	
Lesioni a carico del diencefalo	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	

Lesioni iperintense in T2 a carico dell'encefalo	Status	
Lesioni peri-ependimali	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	
Lesioni pseudo-tumorali (>3 cm di diametro)	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	
Lesioni dello splenio del corpo calloso	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	
Lesioni "SM-Like"	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	lesioni con orientamento perpendicolare alla superficie del ventricolo laterale (Dawson Fingers), lesioni adiacenti al ventricolo laterale in sede temporale inferiore, lesioni juxtacorticali coinvolgenti le fibre ad U, lesioni corticali
Lesioni aspecifiche (<1 mm di diametro)	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	

(NB Vedi in prima pagina solo in caso di RM midollo spinale)

Lesioni iperintense in T2 a carico del midollo spinale	Status	Sede	
Presenza di lesioni estese (>= 3 segmenti vertebrali)	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]		
Presenza di lesioni corte (< 3 segmenti vertebrali)	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]		
Lesioni a carico del midollo cervicale	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	☐ centromidollare ☐ periferica ☐ non so	
Lesioni a carico del midollo dorsale	☐ NO ☐ SI Se si ☐ [1] ☐ [>1]	☐ centromidollare ☐ periferica ☐ non so	
Lesioni con interessamento esclusivo della sostanza grigia ("H sign")	☐ NO ☐ SI ☐ NON VALUTABILE		
Lesioni "bright spotty"	☐ NO ☐ SI ☐ NON VALUTABILE		lesioni localizzate nella sostanza grigia centrale, marcatamente iperintense nelle sequenze assiali T2-pesate talora associate a corrispondente ipointensità in T1

Note

Carica allegato

ESAMI STRUMENTALI E DI LABORATORIO

ESAMI STRUMENTALI - POTENZIALI EVOCATI Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|

Codice identificativo del centro |_|_|_|_|_|

Data Esame |_|_|_|_|_|_|_|

P.E.V.

Destra ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito
Ampiezza (uV) |_|_|_|_| Latenza P100 (msec) |_|_|_|_|
Sinistra ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito
Ampiezza (uV) |_|_|_|_| Latenza P100 (msec) |_|_|_|_|
Latenza nella norma (msec) |_|_|_|_|

P.E.A.

Destra ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito
Sinistra ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito

P.E.S.

Destra – Arto superiore ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito
Destra – Arto inferiore ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito
Sinistra – Arto superiore ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito
Sinistra – Arto inferiore ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito

P.E.M.

Destra – Arto superiore ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito
Destra – Arto inferiore ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito
Sinistra – Arto superiore ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito
Sinistra – Arto inferiore ☐ Normale ☐ Alterazione ☐ Non eseguito

Note _____

ESAMI STRUMENTALI - EEG

Data Esame |_|_|_|_|_|_|_|

Status ☐ Normale ☐ Patologico
Se patologico: Attività di fondo patologica I_| NO I_| SI
Anomalie epilettiche I_| NO I_| SI

Note _____

ESAMI STRUMENTALI - ECG Paz. N° Codice identificativo del centro Data Esame Esito patologico NO SIRitmo cardiaco (battiti/min) Intervallo QTc (ms) Conduzione atrioventricolare normale NO SI Specificare Aritmia NO SIQRS (ms) Ripolarizzazione ventricolare normale NO SINote **ESAMI STRUMENTALI – CONTROLLO PRESSIONE**Data Esame Minima (mmHg) Massima (mmHg) **VISITA OCULISTICA Paz. N°** Codice identificativo del centro: Data visita Esito patologico SI NOAcuità Visiva OD / OS / Ndt. campo numerico trattasi di frazione es. 8/10Visus corretto OD / OS /

Campo Visivo

 Normale Lieve alterazione (con risparmio visione centrale) Moderata alterazione (con coinvolgimento dell'area centrale senza impatto significativo sull'acuità visiva) Marcata alterazione (esteso scotoma con interessamento dell'area centrale che impedisce esecuzione CVC)

Senso cromatico:

Tavole di Ishiara / (inserire il numero di tavole lette correttamente)Fundus Esito patologico SI NO – Se si specificare Riflessi fotomotori (RAPD) Esito patologico SI NO – Se si specificare Note

TOMOGRAFIA OTTICA COMPUTERIZZATA

Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Codice identificativo del centro: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data visita |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Esito patologico |_|_| SI |_|_| NO (campo obbligatorio)

OD: (campo non obbligatorio)

RNFL ☐ Alterato

☐ Normale

GCIP ☐ Alterato

☐ Normale

OS:

RNFL ☐ Alterato

☐ Normale

GCIP ☐ Alterato

☐ Normale

Note

ALTRI ESAMI

Data Esame	Esame	Esito patologico	Note
_ _ _ _ _ _ _ _ _	Tipo (tendina con opzioni)*	SI/ NO/N.A.	Campo libero

* Elenco Altri esami:

Altre informazioni di rilievo; Analisi urine; Copertura anti-Herpetica; Indagine poli-patologie; Informazione al paziente; Screening anti-HPV; Screening anti-tumorale; Test per infezioni; Trattamento infezioni; Vaccinazioni; Valutazione psicologica; Verifica copertura vaccinale completa; Verifica di ipersensibilità; Visita dermatologica; RX torace.