



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

**SCLE
ROSI
MULTI
PLA**
fondazione
italiana

un mondo
libero della SM

AI SM, INSIEME. UNA CONQUISTA DOPO L'ALTRA



CRF SOGGETTI SM UNDER 18

Registro Italiano SM e
Patologie Correlate
Settembre 2023

Struttura Tecnico Operativa
Istituto Mario Negri IRCCS

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
Terapie – 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
Obbligatorie
Facoltative

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]

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 SM |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Sintomi Troncoencefalici |_| SI |_| NO

Sintomi vie ottiche |_| SI |_| NO

Sintomi Midollo spinale |_| SI |_| NO

Sintomi Sopratentoriali |_| SI |_| NO

Altro

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

Diagnosi confermata secondo criteri Krupp:

- |_| Diagnosi SM
- |_| No SM secondo Krupp 2013
- |_| SM possibile

Data prima visita nel centro |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

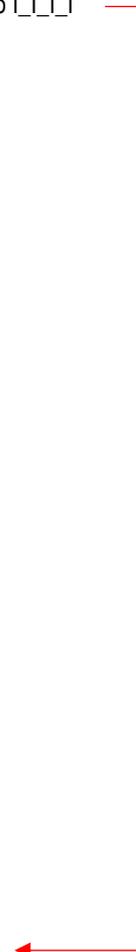
fumatore ex-fumatore mai fumatore

EDSS 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'algorithmo 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 si per * : * Possibile scelte multiple

I progressione disabilità I attività radiologica I riacutizzazione clinica I altro

Spasmi 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. doi:10.1016/j.msard.2017.07.00

Safety

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

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

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

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

Il/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 si, codice studio: (campo libero)

Note

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

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* |_|_| si |_|_| no
 Data dell'ultima mestruazione* |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Data Inizio gravidanza* |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Data diagnosi gravidanza |_|_|_|_|_|_|_|_|

Fine gravidanza Gravidanza ancora in corso |_|_| si |_|_| no
 Data fine gravidanza |_|_|_|_|_|_|_|_|
 Evento fine gravidanza (vedi tabella sotto):

Gravidanza a termine	Gravidanza pre-termine	Aborto Spontaneo	Interruzione elettiva
Parto Si No	Parto Si 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: SI/NO	Anomalie congenite: SI/NO	Anomalie fetali: SI/NO	Anomalie fetali: SI/NO
<i>Se Si [campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>	<i>Se Si [campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>	<i>Se Si [campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>	<i>Se Si [campo a testo libero, eventuale successiva modifica per codifica ICD9CM o EUROCAT]</i>



Allattamento

Allattamento al seno |_|_| si |_|_| no

Data di inizio allattamento |_|_|_|_|_|_|_|_| Data di fine allattamento |_|_|_|_|_|_|_|_|

Allattamento esclusivo |_|_| si |_|_| no

Data di inizio allattamento esclusivo |_|_|_|_|_|_|_|_| Data di fine allattamento esclusivo |_|_|_|_|_|_|_|_|

Parto

Tipo parto |_|_| vaginale |_|_| cesareo |_|_| uso strumenti

Anestesia epidurale |_|_| sì |_|_| no

Peso 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 |_|_|_|_|_|_|_| Data Fine |_|_|_|_|_|_|_|

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 _____ Tipo _____

Dose _____ U.M. _____

Frequenza somministrazione _____

Via di somministrazione Altro IM IV Orale SC

Data inizio trattamento*

Data fine trattamento

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

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

Trattamento sospeso |_| SI |_| 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

collegato a scheda Eventi avversi specifici per il farmaco e a sito di segnalazione AIFA

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

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

Data inizio trattamento*

Data fine trattamento

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

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

Trattamento sospeso |_| SI |_| 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	_	_	_	_
ADEM monofasica	_	_	_	_
ADEM multifasica	_	_	_	_
Neuromielite ottica	_	_	_	_
Mielite trasversa	_	_	_	_
Sindrome clinicamente isolata	_	_	_	_
Sindrome radiologicamente isolata	_	_	_	_

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

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 SO

Ripetizioni in classe NO SI NON SO

Profitto scolastico globale insufficiente NO SI NON SO

Debiti scolastici NO SI NON SO

Presenza di difficoltà di apprendimento NO SI NON SO

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

Note _____

Sviluppo puberale

Data anamnesi | | | | | | | | | |

Sviluppo femminile (stadi di Tanner)

Valutazione puberale femminile

MAMMELLE			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 Età pubarca (inizio crescita testicolare) | | |
 Peli pubici | | P1 | | P2 | | P3 | | P4 | | P5

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:			
	<input type="checkbox"/> DTPa	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/> IPV	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/> EpB	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/> Hib	_ NO	_ SI	_ _ _ _ _ _ _ _ _
	<input type="checkbox"/> Pneumococco	_ NO	_ 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	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

	<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>
Uno o più fumatori vivevano a casa e fumare era permesso dentro casa a prescindere che il bambino fosse in casa oppure no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uno o più fumatori vivevano a casa, ma fumare non era permesso dentro casa sia che il bambino fosse in casa oppure no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessun fumatore viveva in casa e fumare non era permesso in casa quando vi facevano visita amici/parenti fumatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessun fumatore viveva in casa, ma fumare era permesso in casa quando vi facevano visita amici/parenti fumatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so, non mi ricordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abitudini al fumo della MADRE

	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumava ogni tanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non fumava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so, non mi ricordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumava ogni tanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non fumava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so, non mi ricordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumava/ fumavano ogni tanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non Fumava/ fumavano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so, non mi ricordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso fuori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesso dentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quasi sempre dentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so, non ricordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 minuti-1 ora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 ora-3 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ore o più	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so, non ricordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paz. N° | | | | | | | | | |

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

Tempo trascorso all'aperto nei giorni feriali in estate

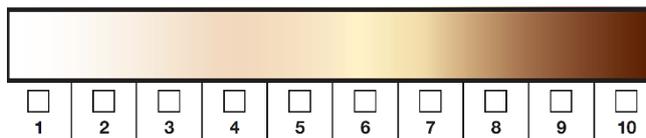
	Neonato (0-11 mesi)	Prima infanzia (1-3 anni)	Età prescolare (4-5 anni)	Età scolare (6-12 anni)	Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)
30 minuti o meno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 minuti-1 ora	<input type="checkbox"/>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

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

	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)
30 minuti o meno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 minuti-1 ora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 ora-3 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ore o più	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so, non ricordo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



21

Allattamento al seno materno

Com'è stato allattato il bambino?

	Fino al 3° mese o meno	Fino al 4°-6° mese	Fino al 7°-9° mese	Fino al 10° o oltre
Solo con latte materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sia con latte materno sia con latte artificiale (formula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo con latte artificiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)	<input type="checkbox"/>								
Prima infanzia (1-3 anni)	<input type="checkbox"/>								
Età prescolare (4-5 anni)	<input type="checkbox"/>								
Età scolare (6-12 anni)	<input type="checkbox"/>								
Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)	<input type="checkbox"/>								

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)	<input type="checkbox"/>								
Prima infanzia (1-3 anni)	<input type="checkbox"/>								
Età prescolare (4-5 anni)	<input type="checkbox"/>								
Età scolare (6-12 anni)	<input type="checkbox"/>								
Scuola superiore/Teen age (13-18 anni)	<input type="checkbox"/>								

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polvere domestica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forfora (pelo) di animale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cibi particolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note _____

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.	_ _

Valutazione psicosociale e psichiatrica

Campo	Requisiti	Punteggio finale
Child Behavior Checklist di Thomas Achenbach e Leslie Rescorla QUESTIONARIO SUL COMPORTEMENTO 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.).	_ _

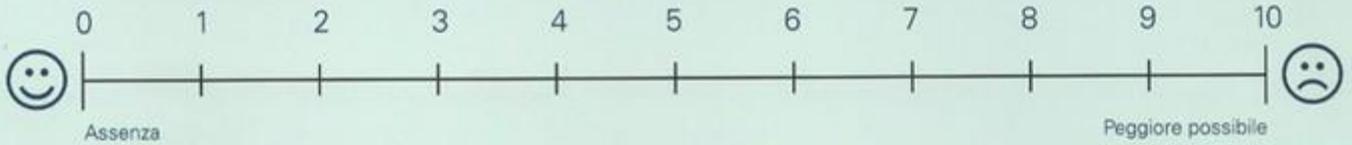
Paz. N° | | | | | | | | | |

Codice identificativo del centro | | | | | |

Data visita | | | | | | | | | |

Numerical Rating Scale

Indichi nella scala l'entità della sua sintomatologia nell'ultima settimana, mettendo una croce in corrispondenza del livello medio in base al suo giudizio



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

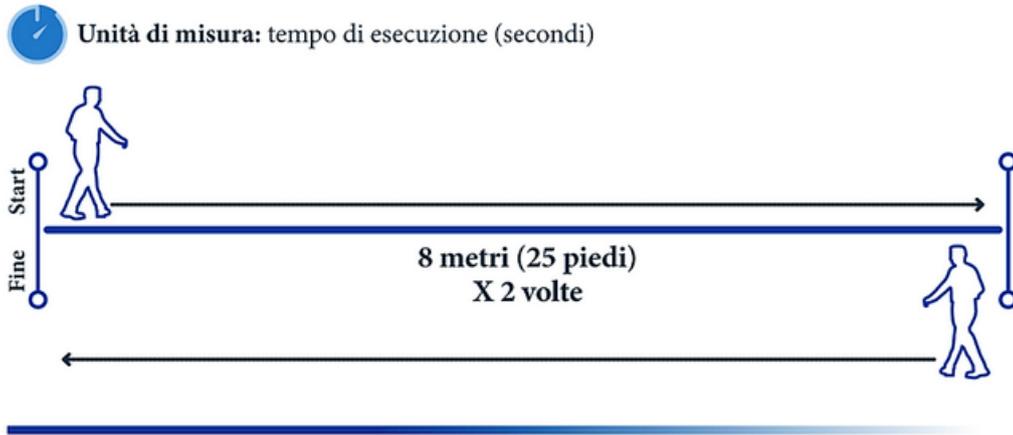
Note _____

Visite

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, Lehigh 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 _____

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

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

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

Consulenza dermatologica patologica

|_| NO |_| SI

Se sì, _____

Epiluminescenza patologica

|_| NO |_| SI

Note _____

Emocromo, conta leucocitaria

Data del prelievo |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

<i>Parametro</i>	<i>Valore</i>	<i>Normale</i>	<i>Commenti</i>
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

<i>Parametro</i>	<i>Valore</i>	<i>Normale</i>	<i>Commenti</i>
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 | | | | | |

Funzionalità tiroidea Data del prelievo | | | | | | | | | |

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-mitochondriale	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	
Sc1-70	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 _____

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

Liquor cerebro-spinale:

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

Conta cellulare:

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

Linfociti (%) |_|_|_|_|_|

Granulociti (%) |_|_|_|_|_|

Plasmacellule (%) |_|_|_|_|_|

Eritrociti (/mm3) |_|_|_|_|_|

Valori ematochimici

Proteine (mg/l) |_|_|_|_|_|

Glucosio (mg/l) |_|_|_|_|_|

Albumina (mg/l) |_|_|_|_|_|

Q Albumina |_|_|_|_|_|

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

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

Altro: |_|_| NO |_|_| SI, specificare _____

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

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

- *Numero bande presenti: |_|_|_|_|
- 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 TArea SNC esaminata: encefalo tratto cervicale del midollo spinale tratto toracico del midollo spinale midollo spinale completoSomministrazione di Gadolinio#: Non so NO SI

Esame encefalo	Status	
Presenza di lesioni in T1	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Presenza di lesioni in T1 captanti Gadolinio*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 [^]	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1-2] <input type="checkbox"/> [3-8] <input type="checkbox"/> [9+] <input type="checkbox"/> [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	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
Presenza di lesioni in T1 captanti Gadolinio*	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 [^]	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1-2] <input type="checkbox"/> [≥3] <input type="checkbox"/> [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**(NB solo in caso di RM midollo spinale)**

Presenza di lesioni contigue estese >= 3 segmenti vertebrali ^a	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
---	---	--

^a solo se Numero totale di lesioni in T2 ≥ 3**Soddisfatti i Criteri di Mc Donald 2017 per la disseminazione temporale^b** NO SI^b Disseminazione temporale dimostrata da:

- presenza contemporanea di lesioni sintomatiche o asintomatiche attive e non (Gd+ e Gd-) in qualsiasi epoca; oppure
- 1 nuova lesione in T2 e/o lesioni attive(Gd+) in una RM successiva in una qualsiasi epoca dopo quella al baseline oppure
- presenza di ≥ 2 bande oligoclonali liquorali (N.B. Verificare presenza di ≥ 2 bande oligoclonali nella scheda liquor, e evidenza di 1 episodio clinico) oppure
- attesa di un secondo attacco clinico

Thompson et al. Lancet Neurology 2018; 17: 162-173 – Panel 5 box p. 168

Informazioni aggiuntive – Criteri Mc Donald 2017 DIS

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

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

Area SNC esaminata: encefalo tratto cervicale del midollo spinale tratto toracico del midollo spinale midollo spinale completo

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

Criteri di Mc Donald per la disseminazione spaziale (agg. 2017); validi anche per i bambini con esordio tipico [non ADEM like] in età superiore a 12 anni:

Tipi di lesione	Riscontrate	Dettaglio
Iperintense in T2 sede corticale/juxtacorticale	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
Iperintense in T2 sede Periventricolare †	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1-2] <input type="checkbox"/> [>=3]	
Iperintense in T2 sede Infratentoriale	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	
Iperintense in T2 a carico del midollo spinale	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [>1]	

† Per alcuni pazienti, ad es. Individui di età superiore a 50 anni o con fattori di rischio vascolare, potrebbe essere prudente per il medico cercare un numero maggiore di lesioni periventricolari.

Soddisfatti i Criteri di Mc Donald 2017 per la disseminazione spaziale^c | | NO | | SI^c Disseminazione spaziale dimostrata da:

- ≥ 1 lesione in T2 in almeno 2 su 4 regioni tipiche di SM (periventricolare, corticale o juxtacorticale, infratentoriale, spinale), diversamente dai criteri McDonald 2010 non è più richiesta la distinzione tra lesioni RM sintomatiche o asintomatiche;

oppure

- attesa di 1 ulteriore attacco clinico in una sede differente

Thompson et al. Lancet Neurology 2018; 17: 162-173 – Panel 5 box p. 168

NB modulo pediatrico – solo per età < 12 anni

Criteri per la disseminazione spaziale da compilare nel bambino di età < 12 anni.

Tipi di lesione	Riscontrate
Numero totale lesioni in T2	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1-4] <input type="checkbox"/> [5+]
Iperintense in T2 sede Periventricolare	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2+]
Iperintense in T2 a livello del troncoencefalo	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1+]
Lesioni ipointense in T1	<input type="checkbox"/> [0] <input type="checkbox"/> [1] <input type="checkbox"/> [2+]
Criteri di Callen and Verhey soddisfatti (2)	NO SI

(2) La presenza di almeno due criteri definisce un quadro di RM compatibile con la diagnosi di SM.
La box deve essere presente solo se il paziente ha ≤ 12 anni al momento in cui la RMN viene eseguita

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 |_|_| NO |_|_| SI

Anomalie epilettiche |_|_| NO |_|_| SI

Note _____

ESAMI STRUMENTALI - ECG Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

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

Esito patologico |_| NO |_| SI

Ritmo cardiaco (battiti/min) |_|_|_|

Intervallo QTc (ms) |_|_|_|

Conduzione atrioventricolare normale |_| NO |_| SI Specificare _____

Aritmia |_| NO |_| SI

QRS (ms) |_|_|_|

Ripolarizzazione ventricolare normale |_| NO |_| SI

Commenti _____

ESAMI STRUMENTALI – CONTROLLO PRESSIONE

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

Minima (mmHg) |_|_|_|

Massima (mmHg) |_|_|_|

VISITA OCULISTICA Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

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

Esito patologico |_| SI |_| NO

Acuità Visiva OD |_| / |10| OS |_| / |10| Ndt. campo numerico trattasi di frazione es. 8/10

Visus corretto OD |_| / |10| OS |_| / |10|

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 |_| / |17| (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 _____

