



SCHEDA SEGNALAZIONE PAZIENTE*

*la presente scheda deve essere compilata a cura del Neurologo o del MMG

DATA SEGNALAZIONE: ___/___/_____

	MEDICO	STRUTTURA/ENTE APPARTENENZA	CONTATTO (TELEFONO/EMAIL)
MMG	<input type="checkbox"/>		
NEUROLOGO TERRITORIALE	<input type="checkbox"/>		
NEUROLOGO OSPEDALIERO	<input type="checkbox"/>		

DATI DEL PAZIENTE	
Nome e Cognome	
Data di Nascita	
Telefono del paziente/Caregiver	
Data di esordio dei sintomi	

SOSPETTO DIAGNOSTICO	
MALATTIA DEL MOTONEURONE/SLA	<input type="checkbox"/>
M. PARKINSON /PARKINSONISMI/DISORDINI DEL MOVIMENTO	<input type="checkbox"/>
DIST. SOGGETTIVO MEMORIA/DECADIMENTO COGNITIVO/SPETTRO DEMENZE	<input type="checkbox"/>
ALTRO:	

SINTOMI			
IPTROFIA MUSCOLARE	TREMORE A RIPOSO	DISTURBI DELLA MEMORIA	
IPOSTENIA AASS	RIGIDITA' MUSCOLARE	DISORIENTAMENTO	
IPOSTENIA AAIL	BRADICINESIA	TURBE LINGUAGGIO	
FASCICOLAZIONI MUSCOLARI	INSTABILITA' POSTURALE	APRASSIA	
DISFAGIA	IMPACCIO MOTORIO	AGNOSIA	
DISARTRIA	ATASSIA	ALLUCINAZIONI	
IPERTONO SPASTICO	MOVIMENTI INVOLONTARI (COREICI, ATETOSICI, DISCINESIE)	DELIRIO	
IPTONIA MUSCOLARE	CADUTE FREQUENTI	ALTERAZIONI COMPORTAMENTO/PERSONALITA'	
ALTRO:			

FAMILIARITA'	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>
PROGRESSIONE DEI SINTOMI DALL'ESORDIO	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>

ESAMI DIAGNOSTICI GIA' EFFETTUATI		
ESAME	DATA ESAME	REFERTO
RM ENCEFALO <input type="checkbox"/>	__/__/__	NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>
RM RACHIDE/MIDOLLO <input type="checkbox"/>	__/__/__	NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>
SPECT PERFUSIONALE <input type="checkbox"/>	__/__/__	NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>
DAT-SCAN <input type="checkbox"/>	__/__/__	NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>
PET <input type="checkbox"/>	__/__/__	NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>
EEG <input type="checkbox"/>	__/__/__	NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>
VAL. NEUROPSICOLOGICA <input type="checkbox"/>	__/__/__	NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>
EMG <input type="checkbox"/>	__/__/__	NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>
POT. EVOCATI <input type="checkbox"/>	__/__/__	NORMALE <input type="checkbox"/> PATOLOGICO <input type="checkbox"/>

Timbro Firma del Medico che compila la scheda

La scheda, compilata in ogni dettaglio possibile, deve essere inviata allegando un **documento di identità e la tessera sanitaria**, al seguente indirizzo email:
prenotazioni.ndg@piafondazionepanico.it

Contatti Utili: Tel.0833/773908 (Case Manager: Rossella Petrucci)
dal lunedì al giovedì dalle 11.00 alle 13.00