

## SAOP 2 Questionario di Screening

Nome: \_\_\_\_\_ UR# \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_ Diagnosi: \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

1. Vive con qualcuno che la pu  assistere se ha bisogno di aiuto?      S       No
2. Si sente triste per la maggior parte del tempo?      S       No
3. Ha perso interesse nelle sua abituali attivit  o interessi (hobby, cibo, sesso, passare del tempo con gli amici/famiglia)?      S       No
4. In una scala da 1 a 10, giudichi la sua attuale qualit  di vita (10 significa la migliore, 1   la peggiore)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>peggiore</i>					<i>migliore</i>				

5. In una scala da 1 a 10, giudichi il suo attuale stato di salute (10 significa eccellente, 1   scadente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
[	<i>scadente</i>	]	[	<i>discreto</i>	]	[	<i>Buono</i>	]	[	<i>Eccellente</i>	]

6. Attivit  della Vita Giornaliera:

� in grado di vestirsi da solo?.....	S�	S� ma con aiuto	No
� in grado di mangiare da solo? .....	S�	S� ma con aiuto	No
Usa un bastone, un walker, o una sedia a rotelle?S�	S�	S� occasionalmente	No
Ha bisogno di aiuto ad alzarsi dal letto/sedia?... S�	S�	S� occasionalmente	No
Ha incontinenza/perde le urine?..... S�	S�	Occasionalmente	No
Ha bisogno di aiuto nel fare la doccia o il bagno? S�	S�	Occasionalmente	No
� inciampata o caduta nell'ultimo anno?.. S�	S�		No
� in grado di guidare? .....	S�	Non ho mai guidato	No
� in grado di cucinare da solo?... .....	S�	S� ma con aiuto	No
� in grado di uscire a fare acquisti? .....	S�	S� ma con aiuto	No
� in grado di occuparsi delle proprie finanze?... S�	S�	S� ma con aiuto	No
� in grado di usare il telefono? .....	S�	S� ma con aiuto	No
Si ricorda di prendere le sue medicine?	S�	S� ma con aiuto	No

7. Ha perso 3 Kg o pi  negli ultimi 6 mesi non intenzionalmente?      S       No
8. Il suo appetito   diminuito negli ultimi 3 mesi?      S       No
9. C'  stato un cambiamento nel tipo di cibi che mangia?      S       No
10.   sempre in grado di provvedere al pagamento dei suoi farmaci?      S       No
11. Riesce a riposare (dormire) in maniera adeguata?      S       No

**Fermarsi qui per favore. Grazie!**

\*\*\*Le nominerò 3 parole (casa, pane, gatto) e le chiederò di ripetermele adesso e dopo qualche minuto per testare il suo livello di memoria.

12. Pronunci la parola “carne” al contrario lettera per lettera. e-n-r-a-c..... 5 punti=\_\_\_\_\_

13. Che giorno è oggi/la data di oggi? Mese. \_\_\_Data \_\_\_Anno. \_\_\_, Giorno \_\_. 4 punti=\_\_\_\_\_

14. Mi può ripetere le tre parole che le ho nominato prima? 1[ ] 2[ ] 3[ ].... 3 punti=\_\_\_\_\_

Totale=\_\_\_\_\_

15. Quante medicine, erbe o vitamine sta prendendo? \_\_\_\_\_ Nessuno [ ]

---

Informazioni aggiuntive:

ECOG PS: \_\_\_\_\_ Peso solito= \_\_\_\_\_ Peso attuale= \_\_\_\_\_

Nutrizione: BMI \_\_\_\_\_ MNAs \_\_\_\_\_ Riferimento: No Sì

SW: GDS \_\_\_\_\_ MMSE \_\_\_\_\_ Riferimento: No Sì