

S A D I M o D

Schedule for the Assessment of Drug-Induced Movement Disorders

Data	
Ora	
Iniziali	
Numero paziente	

Questionario da compilare dal paziente

Risponda per favore alle domande facendo un cerchio intorno alle risposte. Per prime sono formulate alcune domande generiche. Seguono alcune domande specifiche su sul Suo stato di benessere. Alcune domande non sono specifiche per il Suo caso, nel qual caso potrà rispondere NC (non classificabile).

Domande generiche:

Utilizza una protesi dentaria?

Si No

Se si, la indossa in questo momento?

Si No NC

Se si, ha l'impressione che la protesi non sia ben posizionata?

Si No NC

In questo momento ha un aumento della salivazione?

Si No

In questo momento ha la bocca asciutta?

Si No

Le domande seguenti riguardano il suo stato di benessere in questo momento. Con “in questo momento” si intende come lei oggi e a quest’ora si sente.

In questo momento si sente triste?

Si No

In questo momento si sente ansioso?

Si No

In questo momento si sente stanco?

Si No

In questo momento si sente agitato?

Si No

In questo momento sente l'impulso di muovere le gambe?

Si No

In questo momento sente l'impulso di doversi alzare e camminare?

Si No

In questo momento sente il disturbo indotto
da tale agitazione?
(segni la risposta corretta con una crocetta)

- ☐ NC, non mi sento agitato
- ☐ Nessun disturbo
- ☐ Disturbo di leggera intensità
- ☐ Disturbo di media intensità
- ☐ Disturbo di forte intensità
- ☐ Disturbo di fortissima intensità

Le domande seguenti riguardano il Suo stato di benessere negli ultimi sette giorni.

Negli ultimi sette giorni ha avuto problemi di facile stancabilità?

Si No

Negli ultimi sette giorni ha avuto problemi di lentezza dei movimenti?

Si No

Negli ultimi sette giorni ha avuto problemi di rigidità muscolare?

Si No

Negli ultimi sette giorni ha avuto problemi irrequietezza motoria?

Si No

Un movimento involontario é un movimento (per esempio di un braccio
o di una gamba) che avviene contro la sua volontà. Negli ultimi sette
giorni ha avuto problemi di movimenti involontari?

Si No

Negli ultimi sette giorni ha avuto crampi muscolari?

Si No

Le domande seguenti riguardano il Suo stato di benessere nelle ultime quattro settimane

Qualche volta, all'improvviso, Le capita di aver difficoltà nel parlare o
di non riuscir a parlare?

Si No

Se sì, quante volte Le é capitato nelle ultime 4 settimane?

Qualche volta, all'improvviso, Le capita di aver difficoltà nel
deglutire?

Si No

Se sì, quante volte Le é capitato nelle ultime 4 settimane?

NB

Il ricercatore deve spiegare quali manifestazioni si intendono e capire se il paziente ne ha inteso il significato. Le risposte di questo questionario sono decisive per la definizione del punteggio.

S A D I M o D

Schedule for the Assessment of
Drug-Induced Movement Disorders

Data	
Ora	
Iniziali	
Numero paziente	

TEST DI SCRITTURA

Scriva tra le due righe le Sue iniziali:

Scriva tra le righe queste frasi:

Ricci biondi e occhio bello,
vuoi venire al mio castello?
Tu sarai la mia regina
mai più starai in cucina.

Scriva di nuovo queste frasi:

Ricci biondi e occhio bello,
vuoi venire al mio castello?
Tu sarai la mia regina
mai più starai in cucina.

Scriva, una terza volta queste frasi:

Ricci biondi e occhio bello,
vuoi venire al mio castello?
Tu sarai la mia regina
mai più starai in cucina.

[illegible]