



**PIANO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO**

Scheda n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ | M | F

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ : Tel. \_\_\_\_\_

Diagnosi presuntiva: \_\_\_\_\_

Punteggio Mini Mental State Examination = \_\_\_\_/30 Corretto per età e scolarità = \_\_\_\_

Eventuali altri Test Cognitivi: \_\_\_\_\_

Comorbilità rilevanti: \_\_\_\_\_

Punteggi alle scale di autonomia funzionale: ADL = \_\_\_\_ (su 6 items) IADL = \_\_\_\_ (su 8 items)

Status neurologico sintetico: \_\_\_\_\_

Disturbi psicocomportamentali : \_\_\_\_\_

Terapia Neurologica: \_\_\_\_\_

Altre Terapie Farmacologiche: \_\_\_\_\_

Eventuali Terapie non Farmacologiche: \_\_\_\_\_

Esami da Effettuare: \_\_\_\_\_

Data prossima visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma e Timbro

MAN. ENIG