

PAZIENTE:

DATA:

ANAGRAFICA		
NOME e COGNOME		
DATA di NASCITA		LUOGO
ETà	SCOLARITÀ	LAVORO
PENSIONAMENTO (anno e causa)		
STATO CIVILE		CARE-GIVER (con chi vive)
LATERALITÀ MANUALE		
DIAGNOSI		
MOTIVAZIONE INVIO		
COMORBILITÀ		
TERAPIE IN ATTO		
TERAPIE IN PASSATO		
ESAMI STRUMENTALI		

STORIA PERSONALE chiedila al pz x raccolta anamnestica + esame del linguaggio

- 1) Info anagrafiche.
 - 2) Come mai è venuto a fare questa visita?
Come si sente oggi?
 - 3) Alimentazione / Sonno
 - 4) Fattori di rischio (fumo – alcol – traumi cranici / ipertensione – diabete – malattie tiroide – disturbi psichici)
 - 5) Argomenti: descrizione delle giornate / Fatti di cronaca / Problemi pratici nella vita quotidiana e di relazione (IADL: capacità di cucinare "piatto tipico – preparazione / fare i lavori domestici "lavora da sola – solo lavori leggeri ha bisogno di aiuto" / fare il bucato "lo fa ogni tanto – sa far partire il bucato scegliendo tipi diversi di programma)
 - 6) LINGUAGGIO SPONTANEO: Aspetti formali (pertinenza risposte – frasi stereotipate e luoghi comuni – mimica facciale e gestualità– tendenza a fornire risposte chiuse)

aspetti tecnici: fluenza / intonazione / competenza sintattico – grammaticale / anomalie / circonlocuzioni / parole passe-partout / errori morfologici – fonetici – fonologici
 - 7) Tono dell'umore (stabilità durante esame – congruenza con contenuto semantico del linguaggio)
- SEGUI CORNELL

COLLOQUIO con familiare	
Disturbi ed evoluzione nel tempo (Quando e come sono incominciate le manifestazioni)	
Tipologia di evoluzione delle manifestazioni (stabili – oscillanti – in peggioramento lento – rapide variazioni)	
Consapevolezza del pz riguardo ai disturbi	
Problemi pratici nella vita quotidiana	
Problemi di relazione	
Paure e aspettative rispetto al disturbo	