

Patient Competency Rating Scale

(Versione per il familiare)

(Prigatano G.P. et al. 1986; trad. it. di U. Bivona, J. Rigon e R. Formisano – non pubbl.)

Dati informativi

Nome del paziente: _____

Data: _____

Grado di relazione con il paziente (cerchiare 1 sola risposta)

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| 1. madre | <input type="checkbox"/> | 8. Nipote | <input type="checkbox"/> |
| 2. padre | <input type="checkbox"/> | 9. Cugino | <input type="checkbox"/> |
| 3. Coniuge | <input type="checkbox"/> | 10. Amico | <input type="checkbox"/> |
| 4. Figlio | <input type="checkbox"/> | 11. Parente acquisito (suoceri) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fratello/sorella | <input type="checkbox"/> | 12. Tutore | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nonno | <input type="checkbox"/> | 13. Altro | <input type="checkbox"/> |
| 7. Zio o zia | <input type="checkbox"/> | | |

Sesso

Maschio:

Femmina:

Quanto bene conosce il comportamento del paziente?

1. Lo conosco appena
2. Non così bene
3. Abbastanza bene
4. Piuttosto bene
5. Molto bene

Istruzioni

Il seguente questionario Le chiede di giudicare le abilità del paziente nel fare una serie di cose pratiche, **nell'ultima settimana**. Alcune domande potrebbero non riguardare cose che il/la paziente fa spesso, ma Le chiediamo di rispondere a ciascuna domanda come se si trattasse di qualcosa che comunque il/la paziente dovesse fare. Per ciascuna domanda giudichi quanto facilmente o difficilmente riesce a svolgere una particolare attività e segni una X nel quadratino corrispondente.

| | No, non riesce | Lo fa, ma con molta difficoltà | Lo fa, con qualche difficoltà | Lo fa, abbastanza facilmente | Lo fa, facilmente |
|---|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Quante difficoltà ha nel prepararsi i pasti?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Quante difficoltà ha nel vestirsi?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Quante difficoltà ha nel prendersi cura della sua igiene personale?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Quante difficoltà ha nel lavare i piatti?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Quante difficoltà ha nel fare il bucato?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Quante difficoltà ha nel gestire i suoi soldi?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Quante difficoltà ha nel rispettare gli orari degli appuntamenti?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Quante difficoltà ha nel iniziare una conversazione in un gruppo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Quante difficoltà ha nel continuare a svolgere le attività lavorative anche quando è annoiato o stanco?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Quante difficoltà ha nel ricordare cosa ha mangiato a cena ieri sera?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Quante difficoltà ha nel ricordare i nomi delle persone che vede spesso?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Quante difficoltà ha nel ricordare il programma della giornata?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Quante difficoltà ha nel ricordare cose importanti che deve fare?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Quante difficoltà ha nel guidare l'auto, quando è necessario farlo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Quante difficoltà ha nel chiedere aiuto se è confuso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Quante difficoltà ha nell'adattarsi ad un cambiamento inaspettato?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Quante difficoltà ha nel tenere una conversazione con le persone che conosce bene?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Quante difficoltà ha nell'accettare le critiche che gli vengono fatte dagli altri?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Quante difficoltà ha nel controllare il pianto?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | No, non riesce | Lo fa, ma con molta difficoltà | Lo fa, con qualche difficoltà | Lo fa, abbastanza facilmente | Lo fa, facilmente |
|---|--------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 20. Quante difficoltà ha nel comportarsi in modo appropriato quando è con amici?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Quante difficoltà ha nell'esprimere i suoi sentimenti alle persone?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Quante difficoltà ha nel partecipare alle attività di gruppo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Quante difficoltà ha nel riconoscere se qualcosa che ha detto o fatto ha turbato qualcun altro?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Quante difficoltà ha nel programmare le attività giornaliere?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Quante difficoltà ha nel comprendere nuove istruzioni?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Quante difficoltà ha nel far fronte in modo costante alle sue responsabilità quotidiane?.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Quante difficoltà ha nel controllare la sua collera se qualcosa lo irrita?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Quante difficoltà ha nell'evitare di deprimersi?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Quante difficoltà ha nel fare in modo che le sue emozioni non condizionino la sua capacità di gestire le attività giornaliere?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Quante difficoltà ha nel controllare la sua risata?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AE-Patient Competency Rating Scale - Addendum -

È molto utile, nella valutazione neuropsicologica, considerare il punto di vista di un familiare o di una persona che conosce molto bene il paziente a riguardo delle questioni che seguono. Le chiediamo di rispondere alle seguenti domande nel modo più accurato possibile.

1. Dal mio punto di vista, i problemi maggiori che il paziente presenta attualmente sono:

a.:.....

b.:.....

c.:.....

d.:.....

2. Dal mio punto di vista, il livello di difficoltà che personalmente incontro nell'aiutare il paziente è (per favore indichi una sola risposta che rifletta il suo livello di difficoltà nelle ultime 2-4 settimane):

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nessuna difficoltà | | | | | | | | | | Grave difficoltà |

3. Dal mio punto di vista, il livello di consapevolezza che il paziente ha dei propri disturbi è:

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inconsapevolezza totale | | | | | | | | | | Consapevolezza completa |