

	CHECKLIST PER TELECONSULTO	All. 2 Rev. 0 Pubblicato il 2.4.24 Prescrittivo dal 17.4.24 Pag. 1 di 1
--	-----------------------------------	---

ICTUS

CHECKLIST PER TELECONSULTO

(data compilazione: _____/_____/_____)

Nome Cognome paziente: _____

Data di nascita paziente: _____/_____/_____

Telefono familiare paziente: _____

1) Esordio dei sintomi dell'ictus: NOTO oppure NON NOTO?

☐

ESORDIO NOTO

Ora e data di esordio: _____:_____ del ____/____/_____

(in questo caso, l'esordio corrisponde all' "ultima volta visto sano")

☐

ESORDIO NON NOTO

Ora e data dell' "ultima volta visto sano": _____:_____ del ____/____/_____

Ora e data di prima rilevazione dei sintomi: _____:_____ del ____/____/_____

2) modified Rankin Scale (mRS) prima dell'ictus (da 0 a 5): _____

0 - asintomatico

1 - non disabilità significative nonostante la presenza di sintomi; in grado di eseguire le abituali attività quotidiane

2 - disabilità lieve; non in grado di eseguire le attività quotidiane ma capace di badare a se stesso senza bisogno di aiuto

3 - disabilità moderata; richiede aiuto, ma è in grado di deambulare senza assistenza

4- disabilità moderatamente grave; incapace di deambulare e di provvedere alle sue esigenze personali senza assistenza

5 - disabilità grave; allettato.

3) Terapia domiciliare (in caso di anticoagulanti orali / EBPM / fondaparinux, indicare anche data e ora dell'ultima assunzione):
