

Questionario per lo Screening della Demenza

S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener

Mundt JC, Freed DM, Greist JH

Come tutti i questionari, può essere considerato un approccio più sistematico e standardizzato della indagine clinica tradizionale orientato ad un problema clinico.

Rispetto all'ampia e variabile quantità di domande proponibili, identifica un numero volutamente

limitato di elementi o sintomi da indagare risultati discriminanti, cardini, per l'obiettivo posto e indica la modalità di approccio ritenuta migliore. Fornisce una valutazione quantitativa dei sintomi presenti ed essendo indicato un valore soglia, consente una valutazione qualitativa orientativa (normale/ patologico) del risultato.

Perché queste caratteristiche positive o vantaggi risultino realizzate, è necessario rigore metodologico nell'applicazione.

Le consegne da rispettare sono:

- l'intervistato deve essere la persona identificata come referente principale del possibile paziente,
- le domande sono da porre sostanzialmente come proposte,
- le domande sono da riferire ad un arco di tempo predefinito, per es. nell'ultimo anno, o sei mesi , o simili.
- la risposta è da considerare positiva se identifica un cambiamento rispetto al comportamento precedente.

Il risultato di tale indagine anamnestica è, come sempre, da integrare con la clinica e le valutazioni oggettive testistiche, bioumorali e neuroradiologiche.

S.D.S. - Symptoms of Dementia Screener
Mundt JC, Freed DM, Greist JH

Paziente

_____ _____ / _____ / _____ Cognome/Nome (gg/mm/aaaa)	_____ tessera sanitaria	_____ data di nascita
--	----------------------------	--------------------------

Medico di Medicina Generale

_____ Timbro e firma	_____ / _____ / _____ data di compilazione
-------------------------	---

Ripete spesso le stesse cose o rivolge agli altri più volte la stessa domanda?	Si	No	Non so
E' più smemorato, cioè ha vuoti di memoria, per eventi recenti?	Si	No	Non so
Bisogna ricordargli di fare o ha bisogno di promemoria per fare cose come le faccende di casa, la spesa o prendere le medicine?	Si	No	Non so
Dimentica appuntamenti, ricorrenze familiari o festività?	Si	No	Non so
Appare triste, giù di morale, o piange più spesso che in passato?	Si	No	Non so
Comincia ad avere problemi nel fare calcoli, gestire il denaro o controllare i conti?	Si	No	Non so
Ha perso interesse per le sue attività abituali, per es. la lettura o altri passatempi, o andare in chiesa o altre attività sociali?	Si	No	Non so
Comincia ad aver bisogno di aiuto per mangiare, per es. nell'usare coltello e forchetta; o vestirsi, per es. nello scegliere o indossare i vestiti; farsi il bagno o usare i servizi?	Si	No	Non so
E' diventato più irritabile, agitato o diffidente oppure comincia a vedere o sentire o credere a cose non reali?	Si	No	Non so
C'è qualche preoccupazione per il suo modo di guidare, per es. tende a perdersi o a guidare in modo poco sicuro o pericoloso? Se non ha la patente si risponde No	Si	No	Non so
Ha problemi nel trovare le parole che vuole dire o finire un discorso o ricordare il nome di persone o cose?	Si	No	Non so

La risposta positiva a cinque degli item giustifica la somministrazione del MMSE