**Questionario per l’individuazione della presenza di sintomi riferibili ad un deterioramento cognitivo**

**Da compilare a cura della persona interessata e/o familiare che meglio conosce l’anziano**

Nome e Cognome UTENTE …………………………………….. ……

Nome e Cognome OSSERVANTE ……………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **SI** | **NO** |
| 1.Ha difficoltà a ricordare recenti conversazioni, eventi ed appuntamenti? |  |  |
| 2.Ha difficoltà a ricordare il giorno della settimana o la data attuale? |  |  |
| 3.Ripone frequentemente gli oggetti in luoghi inappropriati? |  |  |
| 4.E’ più ripetitivo nel parlare? |  |  |
| 5.Ha difficoltà a seguire un pensiero complesso o nell’eseguire compiti che richiedono numerose azioni? |  |  |
| 6.E’ incapace di risolvere problemi banali insorti in casa o sul lavoro? |  |  |
| 7.Si mostra stranamente poco riguardoso delle regole sociali di comportamento? |  |  |
| 8.Ha difficoltà nell’orientamento durante la guida dell’automobile? |  |  |
| 9.Tende a perdersi anche in luoghi familiari? |  |  |
| 10.E’ passivo, non reagisce adeguatamente alle differenti situazioni  e si mostra indifferente e distaccato? |  |  |
| 11.Interpreta in modo sbagliato stimoli uditivi e visivi? |  |  |
| 12.E’ più irritabile e sospettoso del solito? |  |  |
| 13.Ha difficoltà sempre maggiori a trovare le parole che esprimono ciò che vuole comunicare (“sulla punta della lingua”) ed a seguire le conversazioni? |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMUNE RILEVAZIONE** | **DATA** | **ETA’** | **SESSO** | **ESITO** |
|  |  |  |  |  |