

SCHEDA APPROPRIATEZZA  
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (gene SOD1)

**Paziente:**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

Inviato da: \_\_\_\_\_

Familiarità  SI  NO (Se SI allegare albero genealogico)

**CLINICA**

Età all'esordio: \_\_\_\_\_

Sintomi all'esordio: \_\_\_\_\_

Valutazione clinica: (indicare la data dell'ultima valutazione: \_\_\_\_\_)

Utilizzo di sussidi ortopedici o sedia a rotelle:  SI  NO

Perdita della capacità deambulatoria all'età di: \_\_\_\_\_

Debolezza muscolare prossimale degli arti  SI  NO

Debolezza muscolare distale degli arti  SI  NO

Disartria/disfagia  SI  NO

Crampi  SI  NO

Fascicolazioni  SI  NO

Atrofia muscolare  SI  NO

Se SI descrivere in quale distretti: \_\_\_\_\_

Alterazioni cognitive:  SI  NO

Movimenti oculari conservati:  SI  NO

Riflessi:  Aumentati  Diminuiti

Babinsky:  Positivo  Negativo

**ESAMI STRUMENTALI:**

EMG:  SI  NO (Se SI allegare referto)

RMN:  SI  NO (Se SI allegare referto)

Biopsia muscolare:  SI  NO (Se SI allegare referto)

Altro (indicare altre informazioni di rilevanza clinica): \_\_\_\_\_

**ESAMI MOLECOLARI GIA' ESEGUITI**

	Data	Gene esaminato	Tipo di esame	Risultato
1.				
2.				
3.				

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_