

NOTIZIE DEMOGRAFICHE

N° IDENTIFICATIVO PZ: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cognome

Nome

Data nascita

Sesso

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|M|_|F

Nazione Nascita _____

Provincia Nascita _____

Comune nascita _____

Codice Fiscale

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Scolarità

|_| nessuna |_| elementare |_| media inferiore

|_| media superiore |_| laurea o titoli superiori

|_| anni totali

Residenza

Nazione

Provincia

Comune

Indirizzo

CAP

Recapiti del paziente

Telefono fisso _____

Cellulare _____

Altro Recapito _____

E-Mail _____

NOTIZIE CLINICHE

Paz. N° I _ I

Data Prima Visita presso il Centro I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Diagnosi

RIS (Sindrome Radiologicamente Isolata)

I _ I SI I _ I NO Data diagnosi RIS I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

CIS (Sindrome Clinicamente Isolata)

I _ I SI I _ I NO Data esordio primo episodio CIS I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

SM

I _ I SI I _ I NO

Data esordio SM (giorno, mese, anno) I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Data diagnosi SM (giorno mese anno) I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

Decorso attuale

- RR
- SP data inizio progressione (mese, anno) I _ II _ II _ II _ II _ I
- PP

Data prima visita nel centro I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

ULTIMA VISITA

Paz. N° |_|_|_|_|_|_|_|_|

Data visita |_|_|_|_|_|_|_|_|

EDSS |_|_|

Peso [espresso in Kg – es. 85.5] _____

Altezza [espressa in metri – es. 180] _____

IMC [indice di massa corporea calcolato] _____

Stato occupazionale

studente disoccupato attivo casalinga pensionato

Fumo sigaretta

fumatore ex-fumatore mai fumatore

Assunzione di alcolici

potus attuale potus pregresso occasionale astemio/a

Comorbidità

m. autoimmuni Specificare

m. cardiovascolari Specificare

ipertensione arteriosa in terapia SI NO

dislipidemia in terapia SI NO

diabete tipo 1 in terapia SI NO

diabete tipo 2 in terapia SI NO

ipertiroidismo in terapia SI NO

ipotiroidismo in terapia SI NO

altro Specificare

Note

ULTIMA RIACUTIZZAZIONE

Data Inizio Relapse |_|_|_|_|_|_|_|_|

Durata (gg) |_|_|

Sistema Funzionale Colpito

Sfinteri

|_| SI |_| NO

Tronco-encefalo

|_| SI |_| NO

Cervelletto

|_| SI |_| NO

Mentale

|_| SI |_| NO

Piramidale

|_| SI |_| NO

Sensitivo

|_| SI |_| NO

Visivo

|_| SI |_| NO

Altro |_| specificare

Trattamento

Trattamento Cortisonico |_| SI data fine (gg mese anno) |_|_|_|_|_|_|_|_| |_| NO

Trattamento con PE |_| SI data fine (gg mese anno) |_|_|_|_|_|_|_|_| |_| NO

Recupero dopo relapse:

- Completo
- Parziale

- Nessun recupero
- Non noto

EDSS al termine della ricaduta I_I_I

Impatto sulle ADL: I_I NO I_I SI I_I NON NOTO

Gravità (a giudizio del clinico):

- Lieve
- Moderata
- Grave
- Non nota

TERAPIE FARMACOLOGICHE

Trattamento modificante il decorso attuale

SI NO

Nome commerciale del trattamento

Data inizio |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Trattamento precedente (compilare per ogni eventuale trattamento precedente)

Nome commerciale del trattamento

Data inizio |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data fine |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Farmaci sintomatici

SI NO

Per fatica |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Specificare

Per spasticità |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Specificare

Per depressione |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Specificare

Per disturbi urinari |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Specificare

Altro |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Specificare

VALUTAZIONE NPS

Nome e Cognome _____ Sesso _____

Scolarità in anni _____ Data di nascita _____ Data test _____

Nome e cognome del somministratore -----

Valutazione eseguita per

I_I prima valutazione/baseline; I_I controllo routinario I_I; deficit cognitivo riferito dal paziente I_I; deficit cognitivo riferito dal caregiver/familiare; altro I_I specificare

Ordine di somministrazione dei test:

1. BICAMS (SDMT; CVLT-II; BVMT-R)
2. FLUENZA SEMANTICA (dalla BRB di Rao)
3. STROOP
4. TIB
5. Questionari: MFIS; BDI-II

SYMBOL DIGIT MODALITIES TEST (SDMT)

5	9	3	4	9	1	2	4	6	9	2	4	9	2	9	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

20	6	2	9	4	3	2	1	6	9	4	2	8	6	1	7
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

35	6	3	5	7	9	1	5	6	7	3	4	8	1	6	5
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

50	4	6	3	9	2	6	9	3	2	5	8	7	1	2	6
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

65	8	3	7	1	2	5	6	3	4	1	5	8	4	7	9
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

80	2	8	5	4	1	2	6	8	9	5	4	3	2	7	6
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

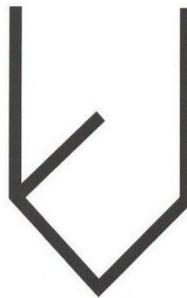
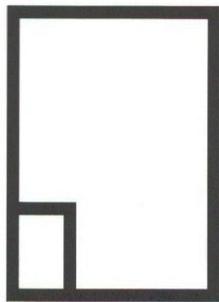
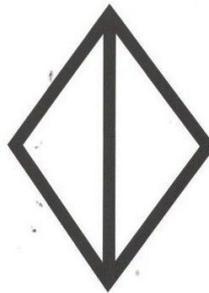
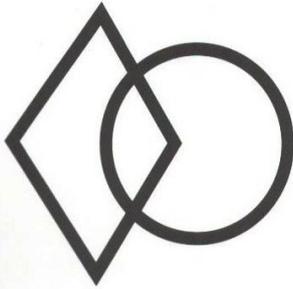
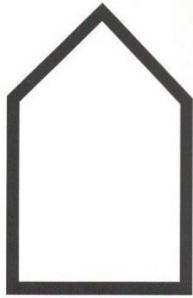
95	4	7	5	8	1	5	7	3	9	8	4	9	6	1	2
----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

110	3	4	9	2	6	4	9	2	8	5	1	3	6	7	8
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

CALIFORNIA VERBAL LEARNING TEST-II (CVLT-II)

LISTA A	1	2	3	4	5	
Camion						
Spinaci						
Giraffa						
Libreria						
Cipolla						
Motocicletta						
Armadietto						
Zebra						
Metropolitana						
Lampada						
Sedano						
Mucca						
Scrivania						
Barca						
Scoiattolo						
Cavolo						
						TOT
Tot. ripetizioni						

BRIEF VISUOSPATIAL MEMORY TEST REVISED (BVMT-R)



Word List Generation - Form

FRUTTA e VERDURA

Numero di parole adeguate

Numero di perseverazioni _____

Numero di intrusioni _____

Stroop Test

	Numeri di parole lette in 30 sec	Secondi impiegati a leggere $\frac{1}{2}$ cartellone
1 cartellone		
2 cartellone		
3 cartellone (interf)		

TIB – Form

		Errori				Errori	
		Acc.	Pron.			Acc.	
Pron							
T1	AlìQUOTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R1	àLBERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T2	AMàZZONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R2	AMìCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T3	APòSTATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R3	ANIMàLE		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>						
T4	ARCàNO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R4	CATèNA		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>						
T5	ARENìLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R5	DèBITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T6	BìPEDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R6	DOMènICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T7	CèRNITA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R7	èDERA		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>						
T8	CHIMèRA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R8	FAMòSO		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>						
T9	CICLòPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R9	FORTùNA		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>						
T10	DàLMATA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R10	INùTILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T11	DàRSENA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R11	LètTERA		<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>						

T12	DÈMONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R12	LONTÀNO	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>						
T13	EGÈMONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R13	MÀCCHINA	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>						
T14	ENDÒCRINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R14	MATTÌNA	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>						
T15	EPÌTETO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R15	PERICOLO	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>						
T16	ÈREMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R16	PERSÒNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T17	ERMAFRODÌTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R17	POLÌTICO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T18	FEDÌGRAFO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R18	PÒVERO	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>						
T19	FORBÌTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R19	PROBLÈMA	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>						
T20	ÌNFERI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R20	SOLDÀTO	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>						
T21	MACÈDONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
T22	MISÒGINO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
T23	NECRÒFORO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
T24	NEÒFITA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totale errori di pronuncia:		_____	
T25	PÒSTERI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totale errori di accento:		_____	
T26	RECÒNDITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Totale errori TIB:		_____	
T27	RÈMORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

T28	RETRÒGRADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QIT stimato	_____	
T29	SACRILEGO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QIV stimato	_____
T30	SCIPITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QIP stimato	_____	
T31	SENILE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
T32	SEQUÈLA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
T33	STIGMATE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
T34	TECNÒCRATE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Modified Fatigue Impact Scale (MFIS)

Durante le ultime 4 settimane:	Mai	Raramente	A volte	Spesso	Sempre
1. Sono stato meno vigile	0	1	2	3	4
2. Ho avuto difficoltà a restare a lungo concentrato	0	1	2	3	4
3. Non riesco a pensare con lucidità	0	1	2	3	4
4. Mi sentivo impacciato o scoordinato	0	1	2	3	4
5. Mi dimenticavo le cose	0	1	2	3	4
6. Dovevo sforzarmi nelle attività fisiche	0	1	2	3	4
7. Ero meno stimolato a fare cose che richiedevano sforzo fisico	0	1	2	3	4
8. Ero meno stimolato a partecipare ad attività sociali	0	1	2	3	4
9. Ero limitato nello svolgere attività che comportavano lo spostamento da casa	0	1	2	3	4
10. Avevo problemi a sostenere sforzi fisici per lungo tempo	0	1	2	3	4
11. Ho avuto difficoltà nel prendere decisioni	0	1	2	3	4
12. Ero meno stimolato a fare cose che richiedevano riflessione	0	1	2	3	4
13. I miei muscoli erano indeboliti	0	1	2	3	4
14. Mi sentivo fisicamente a disagio	0	1	2	3	4

15. Ho avuto difficoltà nel portare a termine compiti che richiedevano sforzo mentale	0	1	2	3	4
16. Ho avuto difficoltà a pensare mentre svolgevo i lavori di casa o in ufficio	0	1	2	3	4
17. Sono stato meno abile nel fare sforzi fisici	0	1	2	3	4
18. I miei pensieri erano rallentati	0	1	2	3	4
19. Ho avuto problemi di concentrazione	0	1	2	3	4
20. Ero limitato nelle azioni fisiche	0	1	2	3	4
21. Sentivo la necessità di riposare più di frequente e più a lungo	0	1	2	3	4

BECK DEPRESSION INVENTORY - II

SCALA

Nel questionario che segue troverà dei gruppi di affermazioni. Legga attentamente un gruppo per

volta. Scelga da ciascun gruppo l'affermazione che meglio di tutte le altre descrive come si è sentita/o

durante la scorsa settimana, escluso oggi (tracci un cerchietto attorno al numero a sinistra della affermazione. Se le sembra che diverse affermazioni dello stesso gruppo la descrivono bene, faccia

pure più di un cerchietto).

È importante che legga tutte le affermazioni di un gruppo prima di rispondere.

1.

0 Non mi sento triste

1 Mi sento triste

2 Sono sempre più triste e non riesco ad uscire

3 Sono così triste o infelice che non riesco a sopportarlo

2.

0 Non sono praticamente pessimista o scoraggiata/o per il futuro

1 Mi sento scoraggiata/o per il futuro

2 Ho la sensazione di non avere nulla a cui tenere

3 Ho la sensazione che il futuro è disperato o che le cose non possono migliorare

3.

0 Non mi sento una/un fallita/o

1 Ho la sensazione di aver fallito più di quanto in genere fallisca la gente

2 Se ripenso alla mia vita, riesco a vedere solo una serie di fallimenti

3 Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona

4.

0 Traggio dalle cose la soddisfazione che ho sempre tratto

1 Non mi godo le cose come facevo un tempo

2 Non traggo più una vera soddisfazione da nulla

3 Sono insoddisfatta/o o annoiata/o di tutto

5.

0 Non mi sento particolarmente in colpa

1 Mi sento in colpa per buona parte del tempo

2 Mi sento in colpa per la maggior parte del tempo

3 Mi sento in colpa sempre

6.

0 Non ho la sensazione di essere punita/o

1 Sento che non posso essere punita/o

2 Mi sento di essere punita/o

3 Ho la sensazione di essere punita/o

7.

0 Non mi sento delusa/o da me stessa/o

1 Mi sento delusa/o da me stessa/o

2 Sono disgustata/o da me stessa/o

3 Odio me stessa/o

8.

0 Sento che non sono in alcun modo peggiore degli altri

1 Mi critico per le mie debolezze o per i miei errori

2 Mi accuso sempre per i miei errori

3 Mi accuso sempre per tutte le cose brutte che accadono

9.

0 Non penso mai ad uccidermi

- 1 Mi piacerebbe uccidermi
- 3 Mi ucciderei se ne avessi l'occasione

10.

- 0 Non piango più del solito
- 1 Ora piango più che in passato
- 2 Ora piango continuamente
- 3 Un tempo riuscivo a non piangere, ma ora non ci riesco anche se voglio

11.

- 0 Non sono più irritata/o del solito
- 1 Mi infastidisco e mi irrito più facilmente di un tempo
- 2 Mi sento continuamente irritata/o
- 3 Non mi irrito affatto per le cose che un tempo mi irritavano

12.

- 0 Non ho perso interesse per le altre persone
- 1 Ora ho meno interesse che nel passato per le altre persone
- 2 Ho perso la maggior parte dell'interesse per le altre persone
- 3 Ho perso completamente interesse per le altre persone

13.

- 0 Prendo le decisioni quasi come al solito
- 1 Rimando le decisioni più di quanto non facessi in passato
- 2 Ho una difficoltà maggiore di prima nel prendere le decisioni
- 3 Non riesco più a prendere alcuna decisione

14.

- 0 Non credo di avere un aspetto peggiore di prima
- 1 Sono preoccupato di apparire vecchia/o o spiacevole
- 2 Ho la sensazione che ci siano delle modificazioni permanenti nel mio aspetto

che mi fanno apparire spiacevole

3 Credo di apparire brutto

15.

Riesco a lavorare quasi come prima

1 Mi ci vuole uno sforzo in più per cominciare a fare qualcosa

2 Devo spronare fortemente me stessa/o per fare qualcosa

3 Non riesco a lavorare per niente

16.

0 Dormo bene come al solito

1 Non dormo bene come al solito

2 Mi sveglio una o due ore prima del solito e mi riesce difficile riaddormentarmi

3 Mi sveglio molte ore prima del solito

17.

0 Non mi stanco più del solito

1 Mi stanco più facilmente di un tempo

2 Mi stanco non facendo quasi niente

3 Sono troppo stanca/o per alcunché

18.

0 Non ho meno appetito del solito

1 Non ho un buon appetito come una volta

2 Ora ho molto meno appetito

3 Ora non ho più appetito per niente

19.

0 Di recente ho perso poco o niente peso

1 Di recente ho perso più di due chili

2 Di recente ho perso più di quattro chili e mezzo

3 Di recente ho perso più di dieci chili e mezzo

20.

0 Non mi preoccupo della mia salute più del solito

1 Mi preoccupo per i problemi fisici come fitte e dolori, o per il mal di stomaco,
o per la stitichezza

2 Sono tanto preoccupata/o per problemi fisici schemi è difficile pensare ad
altre cose

3 Sono così presa/o dai miei problemi fisici da non poter pensare ad altro

21.

0 Non ho notato di recente alcun cambiamento riguardo al mio interesse per il sesso

1 Ho meno interesse di una volta per il sesso

2 Ho molto meno interesse per il sesso ora

3 Ho perso completamente interesse per il sesso

BDI – II, SCORING:

0–9: depressione minima/assente

10–18: depressione lieve

19–29: depressione moderata

30–63: depressione grave

Coping Orientation to Problems Experienced-Nuova Versione Italiana

Siamo interessati a conoscere il modo con cui le persone reagiscono quando devono far fronte agli eventi difficili o stressanti della vita. Ci sono molti modi per cercare di fronteggiare lo stress. Questo questionario le chiede di indicare **che cosa generalmente fa** e **che cosa generalmente sente** quando fa esperienza di eventi o situazioni stressanti. Ovviamente, eventi diversi portano ad agire in modi in qualche misura differenti, ma pensi a che cosa **generalmente** fa quando è sottoposto/a a un notevole stress. Per favore risponda a ciascuna delle seguenti affermazioni segnando il numero che corrisponde alla sua risposta. I numeri vanno interpretati in questo modo:

Per favore cerchi di rispondere a una domanda per volta e **non tenga conto delle risposte che ha dato precedentemente**. Scegli con attenzione la risposta che meglio descrive il suo modo di comportarsi. Per favore risponda a ogni affermazione. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, perciò scelga la risposta più appropriata per lei e non quella che la maggior parte delle persone, secondo lei, darebbe. In sintesi, dica che cosa **di solito** fa quando affronta un'esperienza stressante.

- | |
|---|
| <p>1 = Di solito non lo faccio.
2 = Lo faccio qualche volta.
3 = Lo faccio con una certa frequenza.
4 = Lo faccio quasi sempre.</p> |
|---|

1 2 3 4

1. Cercodi utilizzare questa esperienza per crescere come persona.

2. Mi dedico al lavoro o ad altre attività per non pensare a ciò che mi preoccupa.

3. Mi preoccupa e do sfogo alle mie emozioni.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Cerco di farmi consigliare da qualcuno sul da farsi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mi impegno al massimo per agire sulla situazione. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Dico a me stesso/a che sto vivendo qualcosa di irreali. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ripongo la mia speranza in Dio. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Rido della situazione. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Riconosco che non posso farci niente e abbandono ogni tentativo di agire. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mi trattengo dall'agire troppo in fretta. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Parlo dei miei sentimenti con qualcuno. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per sentirmi meglio. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Cerco di abituarci all'idea che ciò è successo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Parlo con qualcuno per capire di più sulla situazione. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Non mi faccio distrarre da altri pensieri o attività. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Tendo a fantasticare per distrarmi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Mi rendo conto di preoccuparmi molto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Cerco aiuto in Dio. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Preparo un piano d'azione. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ci scherzo sopra. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Accetto che ciò sia accaduto e che non possa essere cambiato. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Mi trattengo dal fare qualsiasi cosa fino a che la situazione lo permetta. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Cerco sostegno morale dagli amici e dai parenti. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Semplicemente rinuncio a raggiungere i miei obiettivi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Mi sforzo più del solito per tentare di liberarmi dal problema. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Cerco di distrarmi per un momento bevendo alcool o prendendo droghe o farmaci. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Mi rifiuto di credere che ciò sia accaduto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Do libero sfogo ai miei sentimenti. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Cerco di vedere le cose in una luce diversa, per farle sembrare più positive. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Parlo con qualcuno per fare qualcosa di concreto per risolvere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

il problema.

	1	2	3	4
31. Dormo più del solito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Cerco di escogitare una strategia sul da farsi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Mi concentro nel trattare questo problema, e se necessario metto da parte le altre cose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Cerco la comprensione e la solidarietà di qualcuno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Bevo alcool o prendo droghe o farmaci per pensarci di meno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Mi prendo gioco di quello che è successo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Rinuncio a ogni tentativo di ottenere ciò che voglio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Cerco qualcosa di positivo in ciò che sta accadendo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Penso a come potrei gestire al meglio il problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Faccio finta che non sia veramente accaduto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Mi accerto di non peggiorare le cose agendo troppo presto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Cerco strenuamente di impedire che le altre cose interferiscano coi miei sforzi di fronteggiare il problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Vado al cinema o guardo la televisione per pensarci di meno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Accetto la realtà dei fatti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Chiedo alle persone come hanno agito di fronte ad esperienze simili.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Mi sento molto stressato/a e lascio andare i miei sentimenti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Agisco senza indugio per sbarazzarmi del problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Tento di trovare conforto nella mia religione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Mi sforzo di aspettare il momento giusto per fare qualcosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Tento di ridicolizzare la situazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Non mi impegno più di tanto per risolvere il problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Parlo con qualcuno di comemi sento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Faccio uso di alcool o droghe o farmaci per aiutarmi ad uscirne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Imparo a convivere con il problema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Metto da parte le altre attività per concentrarmi sulla situazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Rifletto intensamente su quali mosse fare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Mi comporto come se non fosse mai accaduto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Faccio quello che deve essere fatto, un passo alla volta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Tento di imparare qualcosa dall'esperienza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Prego più del solito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRIGLIA DI CORREZIONE

Per ottenere il punteggio complessivo per ogni scala del COPE-NVI, sommare i valori segnati da colui che ha compilato il questionario, secondo lo schema seguente.

Sostegno sociale = cope4 + COPE14 + cope30 + cope45 + COPE11 + COPE23 + cope34

+ COPE52 + cope3 + COPE17 + COPE28 + cope46

Strategie di evitamento = cope6 + COPE27 + cope40 + cope57 + cope9 + COPE24

+ cope37 + COPE51 + COPE2 + COPE16 + COPE31 + cope43 + COPE12 + COPE26 + cope35 + cope53

Attitudine positiva = COPE10 + COPE22 + COPE41 + cope49 + COPE1 + COPE29 + cope38 + cope59 + COPE13 + COPE21 + cope44 + cope54

Orientamento al problema = cope5 + COPE25 + cope47 + cope58 + COPE19 + COPE32

+ cope39 + cope56 + COPE15 + cope33 + COPE42 + cope55

Orientamento trascendente = cope8 + COPE20 + cope36 + cope50 + cope7 + COPE18

+ cope48 + cope60

ATTENZIONE! IL PUNTEGGIO AGLI ITEM 8, 20, 36 e 50 va invertito secondo il seguente schema: il punteggio corrispondente a 1 va contato come 4; il punteggio corrispondente a 2 va contato come 3; il punteggio corrispondente a 3 va contato come 2; il punteggio corrispondente a 4 va contato come 1.

S.T.A.I.

FORM Y-1

Qui di seguito, sono riportate alcune frasi che le persone spesso usano per descriversi.

Legga ciascuna frase e poi contrassegni con una crocetta il numero che indica come Lei si SENTE ABITUALMENTE.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate.

Non impieghi troppo tempo per rispondere alle domande e dia la risposta che le sembra descrivere meglio come lei si sente abitualmente.

1= per nulla 2= un po' 3= abbastanza 4= moltissimo

	1	2	3	4
1.Mi sento calmo				
2.Mi sento sicuro				
3.Sono teso				
4.Mi sento sotto pressione				
5.Mi sento tranquillo				
6.Mi sento turbato				
7.Sono attualmente preoccupato per possibili disgrazie				
8.Mi sento soddisfatto				
9.Mi sento intimorito				
10.Mi sento a mio agio				
11.Mi sento sicuro di me				
12. Mi sento nervoso				
13.Sono agitato				
14. Mi sento indeciso				
15. Sono rilassato				
16. Mi sento contento				
17. Sono preoccupato				
18. Mi sento confuso				
19. Mi sento disteso				
20. Mi sento bene				

S.T.A.I.

FORM Y-2

1= per nulla 2= un po' 3= abbastanza 4= moltissimo

	1	2	3	4
1.Mi sento bene				
2.Mi sento teso e irrequieto				
3.Sono soddisfatto di me stesso				
4.Vorrei poter essere felice come sembrano gli altri				
5.Mi sento un fallito				
6.Mi sento riposato				
7.Io sono calmo, tranquillo e padrone di me				
8.Sento che le difficoltà si accumulano tanto da non poterle superare				
9.Mi preoccupo troppo di cose che in realtà non hanno importanza				
10.Sono felice				
11.Mi vengono pensieri negativi				
12.Manco di fiducia in me stesso				
13.Mi sento sicuro				
14.Prendo decisioni facilmente				
15.Mi sento inadeguato				
16.Sono contento				
17.Pensieri di scarsa importanza mi passano per la mente e mi infastidiscono				
18.Vivo le delusioni con tanta partecipazione da non poter togliermele dalla mente				
19.Sono una persona costante				
20.Divento teso e turbato quando penso alle mie attuali preoccupazioni				

Multiple Sclerosis Impact Scale – MSIS 29

- 🚩 Le domande seguenti chiedono il suo parere sull’impatto che ha avuto la Sclerosi Multipla sulla vita quotidiana nelle ultime 2 settimane.
- 🚩 Per ciascuna domanda cerchiare il numero che descrive meglio la sua situazione.
- 🚩 Si prega di rispondere a tutte le domande.

	Per niente	Un po’	Moderatamente	Abbastanza	Estremamente
Nelle ultime due settimane la SM quanto ha limitato la sua capacità di...					
1. Eseguire compiti che richiedono sforzi fisici?	1	2	3	4	5
2. Afferrare oggetti con forza (es. svitare il tappo di una bottiglia)?	1	2	3	4	5
3. Portare le cose (es. borse della spesa?)	1	2	3	4	5
Nelle ultime due settimane quanto è stato infastidito da...					
4. Problemi di equilibrio?	1	2	3	4	5
5. Difficoltà a muoversi in ambienti chiusi (in casa, in ufficio ecc)?	1	2	3	4	5
6. Impaccio nei movimenti?	1	2	3	4	5
7. Rigidità?	1	2	3	4	5
8. Gambe o braccia pesanti?	1	2	3	4	5
9. Tremore della braccia o delle gambe?	1	2	3	4	5
10. Spasmi delle braccia o delle gambe?	1	2	3	4	5
11. Il suo corpo non fa quello che lei vorrebbe?	1	2	3	4	5
12. Dover dipendere dagli altri per svolgere alcune attività?	1	2	3	4	5

	Per niente	Un pò	Moderatamente	Abbastanza	Estremamente
Nelle ultime due settimane quanto è stato infastidito da...					
13. Limitazioni nelle attività sociali negli hobby?	1	2	3	4	5
14. Essere costretto a stare in casa più di quanto avrebbe voluto?	1	2	3	4	5
15. Difficoltà ad usare le mani nelle attività quotidiane	1	2	3	4	5
16. Essere costretto a ridurre il tempo dedicato al lavoro o ad altre attività?	1	2	3	4	5
17. Problemi ad usare i mezzi di trasporto (es. auto, autobus, treno, taxi...)?	1	2	3	4	5
18. Metterci troppo tempo a fare le cose?	1	2	3	4	5
19. Difficoltà a fare le cose non programmate (es. uscire di casa sull'impulso del momento)?	1	2	3	4	5
20. Necessità di andare in urgentemente bagno?	1	2	3	4	5
21. Non sentirsi bene?	1	2	3	4	5
22. Problemi del sonno?	1	2	3	4	5
23. Sentirsi mentalmente stanco?	1	2	3	4	5
24. Preoccupato nei riguardi della SM?	1	2	3	4	5
25. Sentirsi ansioso o teso?	1	2	3	4	5
26. Sentirsi irritato, impaziente o di cattivo umore?	1	2	3	4	5
27. Problemi a concentrarsi?	1	2	3	4	5
28. Perdita della sicurezza in se stesso	1	2	3	4	5
29. Sentirsi depresso?	1	2	3	4	5

The Minimal Neuropsychological Assessment of MS Patients (MACFIMS)

Iniziale soggetto: (1° iniziale cognome 1° iniziale nome)	Numero: (es: 01; 02; ..)	Centro:
Data valutazione: (gg/mm/anno)	Data Nascita: (gg/mm/anno)	
Età:	Sesso:	Scolarità:

Firma consenso informato: SI NO

Ora inizio: _____ Ora fine: _____

Durata somministrazione batteria (minuti): _____

TEST	PUNTEGGIO
Fluenza	
BVMT-R learning	
PASAT A (3 sec)	
PASAT A (2 sec)	
JLO	
BVMT-R recall	
BVMT-R recognition	
CVLT-II	
SDMT	
SDMT mem incidentale	
D-KEFS descrizioni	

D-KEFS categorizzazioni	
CVLT-II recall	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

FLUENZA

	F	P	L
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
9)			
10)			
11)			
12)			
13)			
14)			
15)			
16)			
17)			
18)			
19)			
20)			

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

21)			
-----	--	--	--

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

BRIEF VISUOSPATIAL MEMORY TEST REVISED (BVMT-R)

Punteggio (1 TRIAL): _____

Punteggio (2 TRIAL): _____

Punteggio (3 TRIAL): _____

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

PACED AUDITORY SERIAL ADDITION TEST – A (PASAT A)

9+1	3	5	2	6	4	9	7	1	4
10__	4__	8__	7__	8__	10__	13__	16__	8__	5__

1+4	8	1	5	1	3	7	2	6	9
5__	12__	9__	6__	6__	4__	10__	9__	8__	15__
4	7	3	5	3	6	8	2	5	1
13__	11__	10__	8__	8__	9__	14__	10__	7__	6__
5	4	6	3	8	1	7	4	9	3
6__	9__	10__	9__	11__	9__	8__	11__	13__	12__
7	2	6	9	5	2	4	8	3	1
10__	9__	8__	15__	14__	7__	6__	12__	11__	4__
8	5	7	1	8	2	4	9	7	9
9__	13__	12__	8__	9__	10__	6__	13__	16__	16__
3	1	5	7	4	8	1	3	8	2
12__	4__	6__	12__	11__	12__	9__	4__	11__	10__

Punteggio: _____

3+8	2	7	9	1	8	5	2	6	4
11__	10__	9__	16__	10__	9__	13__	7__	8__	10__

4+3	7	2	5	1	8	6	9	1	7
7__	10__	9__	7__	6__	9__	14__	15__	10__	8__
9	4	6	3	5	8	1	6	2	7
16__	13__	10__	9__	8__	13__	9__	7__	8__	9__
5	9	4	5	2	6	4	8	3	5
12__	14__	13__	9__	7__	8__	10__	12__	11__	8__
9	7	4	2	8	5	2	1	6	4
14__	16__	11__	6__	10__	13__	7__	3__	7__	10__
7	3	5	9	6	4	5	3	9	4
11__	10__	8__	14__	15__	10__	9__	8__	12__	13__
1	8	3	1	6	8	5	4	2	6
5__	9__	11__	4__	7__	14__	13__	9__	6__	8__

Punteggio: _____

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

JUDGMENT OF LINE ORIENTATION TEST (JLO)

Forma H

<i>Pre-Test</i>			
<i>Item</i>	<i>Risp. Sogg</i>		<i>Risp Esatta</i>
	<i>Primo tentativo</i>	<i>con sugg.</i>	
A			1 - 6
B			4 - 8
C			4 - 10
D			7 - 8
E			2 - 4
F			

<i>Test</i>					
<i>N.</i>	<i>Risp Sogg</i>	<i>Risp Esatta</i>	<i>N.</i>	<i>Risp Sogg</i>	<i>Risp Esatta</i>
1		5-10	16		10-11
2		5-6	17		2-5
3		6-7	18		1-4
4		1-2	19		1-9
5		2-11	20		2-9
6		1-7	21		9-11
7		1-10	22		6-10
8		1-7	23		3-11
9		7-9	24		8-9
10		1-3	25		3-8
11		5-11	26		7-10
12		4-5	27		3-4
13		7-8	28		3-10
14		2-6	29		5-8
15		3-5	30		8-11
<i>Risposte Esatte</i>					

Punteggio: _____

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

BRIEF VISUOSPATIAL MEMORY TEST REVISED (BVMT-R) : RECALL

Punteggio: _____

BRIEF VISUOSPATIAL MEMORY TEST REVISED (BVMT-R) RECOGNITION

FIGURA	RISPOSTA	
1	SI	NO
2	SI	NO
3	SI	NO
4	SI	NO
5	SI	NO
6	SI	NO
7	SI	NO
8	SI	NO
9	SI	NO
10	SI	NO
11	SI	NO
12	SI	NO

Punteggio: _____

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

SYMBOL DIGIT MODALITIES TEST (SDMT)

5															
	9	3	4	9	1	2	4	6	9	2	4	9	2	9	4
20															
	6	2	9	4	3	2	1	6	9	4	2	8	6	1	7
35															
	6	3	5	7	9	1	5	6	7	3	4	8	1	6	5
50															
	4	6	3	9	2	6	9	3	2	5	8	7	1	2	6
65															
	8	3	7	1	2	5	6	3	4	1	5	8	4	7	9
80															
	2	8	5	4	1	2	6	8	9	5	4	3	2	7	6
95															
	4	7	5	8	1	5	7	3	9	8	4	9	6	1	2
110															
	3	4	9	2	6	4	9	2	8	5	1	3	6	7	8

Punteggio: _____

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

CALIFORNIA VERBAL LEARNING TEST- II (CVLT-II)

Parol e	1	2	3	4	5
Camion					
Spinaci					
Giraffa					
Libreria					
Cipolla					
Motocicletta					
Armadietto					
Zebra					
Metropolitana					
Lampada					
Sedano					
Mucca					
Scrivania					
Barca					
Scoiattolo					
Cavolo					
Totale					

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

**DELIS KAPLAN EXECUTIVE FUNCTION SYSTEMD-KEFS
SORTING TEST**

SCREENING PRETEST

Parole non lette	Punteggio
correttamente	_____
Parole non	
comprese	_____

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

**DELIS KAPLAN EXECUTIVE FUNCTION SYSTEM
 D-KEFS SORTING TEST**

Prima categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscol o	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	Si	No	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale
---------------------	------------	---------

MISURE PRIMARIE Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Seconda categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscol	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	---------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	SI	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Terza categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscol o	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	SI	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Quarta categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscol o	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	SI	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Quinta categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscol o	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	SI	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Sesta categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscol o	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	SI	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Settima categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscol	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	---------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	SI	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Ottava categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscol o	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	SI	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Nona categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscol o	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	SI	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Decima categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Animali / Mezzi di trasporto	Aria / Terra	Bisillabiche / Plurisillabiche
-------------------------------------	---------------------	---------------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Grande/Piccolo	Rettilineo/Tondeggiante	Maiuscolo/Minuscolo	Blu/Giallo	Bianco/Rosso
-----------------------	--------------------------------	----------------------------	-------------------	---------------------

CATEGORIA SCORRETTA: falco treno piccione lupo aeroplano automobile

MISURE PRIMARIE		
Descrizione		
Descrizione categorizzazione 1	0	1 2
Descrizione categorizzazione 2	0	1 2
MISURE OPZIONALI		
Descrizione		
Descrizione scorretta	Si	No
Descrizione ripetuta	Si	No
Risposte "non so"	Si	No
Descrizioni non specifiche	Si	No
Descrizione astratta	SI	No
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Condizione 1 – Free Sorting: Card set 2

Interrompere la somministrazione del Card Set 1 quando (a) l'esaminato riferisca di non essere più in grado di identificare ulteriori categorizzazioni, anche dopo aver ricevuto dallo psicologo il singolo prompt previsto; (b) siano trascorsi i 240 sec (4 minuti) previsti per effettuare le categorizzazioni; (c) l'esaminato abbia completato le 8 categorizzazioni corrette.

Prima categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Descrizioni non specifiche	Si	No
Descrizione astratta	Si	No
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale

MISURE PRIMARIE Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale
--------------------------	------------	---------

Seconda categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	SI	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Percettiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Terza categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	Si	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Perceptiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Quarta categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	Si	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Perceptiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Quinta categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	Si	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Perceptiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Sesta categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	Si	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Perceptiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Settima categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	Si	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Perceptiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Ottava categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	Si	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Perceptiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Nona categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	Si	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Perceptiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

Decima categorizzazione

DESCRIZIONE

Tempo _____ sec

CATEGORIE (criterio VERBALE):

Parti del corpo/Abbigliamento	Singolare/Plurale	Inerente testa/ ai piedi
--------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

CATEGORIE (criterio PERCETTIVO):

Linee larghe/strette	Triangolo pieno/vuoto	Corsivo/stampato	Triangolo sopra/sotto	Linee verso destra/sinistra
-----------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------------------

CATEGORIA SCORRETTA: bocca alluci calzini scarpa orecchie cappello

MISURE PRIMARIE			
Descrizione			
Punteggio di descrizione categorizzazione 1	0	1	2
Punteggio di descrizione categorizzazione 2	0	1	2
MISURE OPZIONALI			
Descrizione			
Descrizione scorretta	Si	No	
Descrizione ripetuta	Si	No	
Risposte "non so"	Si	No	
Descrizioni non specifiche	Si	No	
Descrizione astratta	Si	No	
Tipo di descrizione	Percettiva	Verbale	

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
 (cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

MISURE PRIMARIE		
Categorizzazione		
Categoria corretta confermata	Si	No
MISURE OPZIONALI		
Categorizzazione		
Categoria ripetuta	Si	No
Categoria target non confermata	Si	No
Categoria set-loss	Si	No
Categoria non target	Si	No
Tipo di categorizzazione	Perceptiva	Verbale

Iniziali soggetto: _____ Numero soggetto: _____ Data: _____
(cognome-nome) (es., 01, 02, 03)

SCORING CONDIZIONE 1

	<u>NUMERO DI CATEGORIZZAZIONI CORRETTE</u>	<u>PUNTEGGIO DESCRIZIONI</u>
<u>CARD SET 1</u>		
<u>CARD SET 2</u>		
<u>TOTALE CARD SET 1+2</u>		

**CALIFORNIA VERBAL LEARNING TEST- II (CVLT-II)LONG DELAY
RECALL**

Parol e	
Camion	
Spinaci	
Giraffa	
Libreria	
Cipolla	
Motocicletta	
Armadietto	
Zebra	
Metropolitana	
Lampada	
Sedano	
Mucca	
Scrivania	
Barca	
Scoiattolo	
Cavolo	
Totale	