

Gruppo di Studio Di Neuropsicologia

DATI RELATIVI ALLA SEDE

Regione e Città _____

- Azienda Usl/Azienda ospedaliera
 Ospedale Universitario
 Centro Privato Convenzionato

Nome ed indirizzo completi _____

Servizio/Reparto _____

Tel. _____

E-Mail _____

Fax _____

Responsabile del Servizio/Reparto _____

Responsabile compilazione questionario _____

Professione del Compilatore _____

Presenza di Psicologi all'interno del Servizio/Reparto? sì no

Se sì, specificarne la formazione: _____

DATI RELATIVI ALLA VALUTAZIONE

Nella Vostra struttura vengono eseguite valutazioni cognitive e neuropsicologiche?

- sì no

Se sì, quali:

- Valutazioni del **profilo cognitivo generale** (Scale di Wechsler, Leiter, ecc...)

Specificare quali scale vengono utilizzate:

- Valutazione dello **sviluppo psicomotorio** (Scale di Griffiths, Scale di Bayley, ecc...)

Specificare quali scale vengono utilizzate:

- Valutazione **neuropsicologica** e degli **apprendimenti strumentali**

Specificare quali funzioni neuropsicologiche vengono indagate:

- ragionamento
- attenzione
- funzioni esecutive
- memoria
- linguaggio
- abilità visuo-spaziali
- funzioni prassiche
- abilità sociali/relazionali
- abilità di lettura
- abilità di scrittura
- abilità di calcolo
- altro (specificare) _____

Quali test/batterie di test standardizzati vengono utilizzate?

Nella Vostra struttura viene eseguita una valutazione psicodiagnostica?

- sì no

Se sì, tale valutazione avviene mediante:

- colloquio psicologico
- somministrazione di test psicologici/questionari
(specificare)_____

- entrambi

Viene eseguita una valutazione della qualità di vita?

- sì no

Se sì, quali strumenti vengono utilizzati?

Le valutazioni eseguite sono:

- standard
- personalizzate al paziente
- standard + approfondimento diagnostico dati emersi

DATI RELATIVI AI PAZIENTI ED ALLA PRESA IN CARICO

Provenienza dei pazienti a cui viene eseguita valutazione:

invio in base a specifica diagnosi clinica
(specificare)_____

invio in base a sospetto di disfunzione cognitiva

richiesta diretta dei pazienti

I bambini di quali fasce d'età possono accedere al servizio di Neuropsicologia della Vostra struttura?_____

Nella Vostra struttura viene effettuata una presa in carico del paziente a cui viene evidenziato un problema cognitivo/comportamentale?

sì no

Se sì, di che tipo:

riabilitazione neuropsicologica (specificare)_____

psicoterapia (specificare in base a quale orientamento: cognitivo-comportamentale, sistemico-familiare, psicodinamico, ecc...)_____

counselling

psicomotricità

trattamenti che prendano in considerazione l'intero nucleo familiare (parent training, ecc...)_____

altro (specificare)_____

Nella Vostra struttura vengono curati i rapporti con i professionisti che si occupano della presa in carico del paziente:

sì no

Se sì, in che modo vi occupate della presa in carico del paziente:

- Inviati ai distretti territoriali di riferimento
- Consulenze con la scuola
- Consulenze con i centri privati/professionisti privati che seguono il bambino
- Altro (specificare)_____

Nella Vostra struttura ospedaliera viene svolta attività di ricerca relativa agli aspetti cognitivi/neuropsicologici o psicopatologici correlati alla patologia neurologica?

sì no

Se sì, di cosa si occupano le ricerche?_____

Grazie per la collaborazione!