

Glasgow Outcome Scale – Extended (GOSE) - Italian Version

Nome del/la paziente: _____ Data dell'intervista: _____

Data di nascita: _____ Data del trauma: _____ Sesso M / F

Età al momento del trauma: _____ Tempo trascorso dal trauma: _____

Persona che risponde all'intervista: Paziente da solo/a _____ Parente/amico/a/persona che assiste da solo/a _____

Paziente + parente/amico/a/persona che assiste _____

Intervistatore/trice: _____

LIVELLO DI COSCIENZA

1. Dopo il danno cerebrale, lui/lei è in grado di eseguire semplici ordini, o di dire qualche parola? 1 = No (VS)
2 = Sì

Chiunque dimostri capacità di rispondere a comandi anche semplici, di pronunciare parole o di comunicare in qualsiasi altro modo non è più da considerarsi in stato vegetativo. I movimenti oculari di per sé non rappresentano un segno affidabile di significativa responsività. Confermare lo stato del/la paziente con l'aiuto del personale infermieristico. La conferma dello stato vegetativo (VS) richiede una valutazione completa secondo le linee guida del "Royal College of Physicians Guidelines".

LIVELLO DI AUTONOMIA IN CASA

- 2a In casa è necessaria l'assistenza giornaliera da parte di un'altra persona per svolgere le attività di vita quotidiana? 1 = No
2 = Sì

Se la risposta è 'No', lui/lei dev'essere in grado di badare a se stesso/a in casa anche per 24 ore se necessario, anche se non ha effettivamente bisogno di farlo. Per autonomia s'intende la capacità di pianificare e portare a termine le seguenti attività: lavarsi, indossare vestiti puliti senza bisogno di aiuto, prepararsi da mangiare, ricevere chiamate e gestire piccoli contrattempi domestici. Lui/lei dev'essere in grado di portare a termine le attività senza bisogno che qualcuno Gli/Le dia suggerimenti o gli/le ricordi, e deve poter essere lasciato/a solo/a tutta la notte.

- 2b Necessità di frequente aiuto o della presenza di qualcuno in casa per la maggior parte del tempo? 1 = No (Upper SD)
2 = Sì (Lower SD)

In caso di risposta 'No', lui/lei dev'essere in grado di badare a se stesso/a in casa se necessario fino a 8 ore nell'arco della giornata, anche se non ha effettivamente bisogno di farlo.

- 2c L'assistenza domestica era indispensabile anche prima del trauma? 1 = No
2 = Sì

LIVELLO DI INDIPENDENZA FUORI DI CASA

3a È in grado di effettuare acquisti senza assistenza?

1 = No (Upper SD)
2 = Sì

Include essere in grado di pianificare l'acquisto, di gestire il denaro autonomamente e comportarsi adeguatamente in pubblico. Anche quando non si ha normalmente la necessità di fare acquisti, si dev'essere in grado di farli.

3b Era in grado di fare acquisti senza assistenza prima del trauma?

1 = No
2 = Sì

4a È in grado di spostarsi nei dintorni senza assistenza?

1 = No (Upper SD)
2 = Sì

Lui/lei può guidare o utilizzare trasporti pubblici per muoversi. La capacità di prendere il taxi è sufficiente se la persona è in grado di prenotarlo e di dare indicazioni al tassista autonomamente.

4b Era in grado di spostarsi autonomamente senza assistenza prima del trauma?

1 = No
2 = Sì

LAVORO

5a Attualmente possiede le stesse capacità lavorative precedenti al trauma?

1 = No
2 = Sì

Qualora lui/lei lavorasse prima del trauma, le sue attuali capacità di lavoro devono essere allo stesso livello. Qualora fosse in cerca di un impiego prima del trauma, il trauma non deve avere compromesso le sue possibilità di ottenere un lavoro né il livello di lavoro per il quale era eleggibile. Qualora fosse studente/essa prima del trauma, la sua capacità di studiare non dev'essere stata compromessa.

5b Quali sono le limitazioni?

- a) Ridotte capacità lavorative.
- b) In grado di lavorare solo come categoria protetta o in un ambiente non competitivo, oppure non è attualmente in grado di lavorare.

1 = a (Upper MD)
2 = b (Lower MD)

5c Lavorava o era in cerca di un impiego prima del trauma (rispondere "Sì") o nessuna delle due opzioni (rispondere "No")?

1 = No
2 = Sì

ATTIVITÀ SOCIALI E DI SVAGO

6a È in grado di riprendere regolarmente le attività sociali e di svago fuori di casa?

1 = No
2 = Sì

Non è necessario che abbia effettivamente ripreso tutte le sue precedenti attività di svago, ma non devono esserci impedimenti dovuti a disabilità fisiche o mentali. L'interruzione della maggior parte delle attività per mancanza di interesse o di motivazione dev'essere considerata come disabilità.

6b Qual è il livello di limitazione delle attività sociali e di svago?

a) Partecipa un po' meno: almeno la metà delle volte rispetto al periodo precedente il trauma.

1 = a (Lower GR)

b) Partecipa molto meno: meno della metà delle volte.

2 = b (Upper MD)

c) Incapace di partecipare: partecipa raramente o mai.

3 = c (Lower MD)

6c Svolgeva regolarmente attività sociali e di svago fuori di casa prima del trauma?

1 = No

2 = Sì

FAMIGLIA E AMICIZIE

7a Sono insorti dei problemi psicologici che hanno portato a litigi continui con i familiari o gli amici?

1 = No

2 = Sì

Le tipiche alterazioni della personalità in seguito a un trauma sono: carattere irascibile, irritabilità, stati d'ansia, insensibilità nei confronti del prossimo, sbalzi di umore, depressione, comportamento irragionevole o infantile.

7b Qual è stata l'intensità dei litigi e delle tensioni?

a) Occasionale - meno di una volta alla settimana

1 = a (Lower GR)

b) Frequente - una volta alla settimana o più, ma tollerabile

2 = b (Upper MD)

c) Costante - giornaliera e intollerabile

3 = c (Lower MD)

7c Prima del trauma esistevano già problemi in famiglia o nei rapporti di amicizia?

1 = No

2 = Sì

Qualora prima del trauma ci fossero dei problemi che in seguito sono significativamente peggiorati, rispondere "No" alla domanda 7c.

RITORNO ALLA VITA NORMALE

8a Esistono attualmente altri problemi legati al trauma che interferiscono con la vita quotidiana?

1 = No (Upper GR)

2 = Sì (Lower GR)

Altri problemi tipici riferiti dopo un trauma cerebrale sono: mal di testa, vertigini, stanchezza, sensibilità ai rumori o alla luce, lentezza, vuoti di memoria e difficoltà di concentrazione.

8b Simili problemi erano presenti prima del trauma?

1 = No

2 = Sì

Qualora prima del trauma ci fossero dei problemi che in seguito sono significativamente peggiorati, rispondere "No" alla domanda 8b.

Epilessia

Lui/lei ha mai sofferto di episodi epilettici in seguito al trauma cerebrale? No / Sì

È stato/a informato/a che attualmente è a rischio di sviluppare l'epilessia? No / Sì

Qual è il fattore più importante per l'esito?

Effetti del trauma cranico ____

Effetti della malattia o del trauma su altre parti del corpo ____

Un insieme dei fattori precedenti ____

Valutazione

L'inquadramento generale del/la paziente è basato sulla categoria di valutazione più bassa indicata nella scala. Fare riferimento alle linee guida per ulteriori informazioni riguardanti la somministrazione e la valutazione.

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------------------|
| 1 Deceduto/a | | Dead |
| 2 Stato Vegetativo (SV) | <input type="checkbox"/> | Vegetative State (VS) |
| 3 Disabilità Severa grave (DS grave) | | Lower Severe Disability (Lower SD) |
| 4 Disabilità Severa lieve (DS lieve) | | Upper Severe Disability (Upper SD) |
| 5 Disabilità Moderata grave (DM grave) | | Lower Moderate Disability (Lower MD) |
| 6 Disabilità Moderata lieve (DM lieve) | | Upper Moderate Disability (Upper MD) |
| 7 Buon Recupero ridotto (BR ridotto) | | Lower Good Recovery (Lower GR) |
| 8 Buon Recupero elevato (BR elevato) | | Upper Good Recovery (Upper GR) |
