



**PROTOCOLLO DI VALUTAZIONE  
LOGOPEDICA  
DEL PAZIENTE ONCOLOGICO  
CERVICO-CEFALICO**

Cognome e nome.....

Data di nascita...../...../.....

Indirizzo.....

Telefono.....

## Indice

ANAMNESI.....	3
ANAMNESI FASE PRE CHIRURGICA.....	4
ANAMNESI FASE POST - CHIRURGICA PRECOCE.....	6
ANAMNESI FASE POST - CHIRURGICA.....	8
ESAME OBIETTIVO.....	11
ESAME MORFO-DINAMICO.....	13
VALUTAZIONE DELLA DISFAGIA.....	16
PROVE DI DEGLUTIZIONE.....	16
INDAGINI STRUMENTALI ESEGUITE.....	17
OSSERVAZIONE AL PASTO.....	18
DIARIO ALIMENTARE.....	19
QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DISFAGIA – MDADI.....	21
VALUTAZIONE DELLA DISFONIA.....	23
SCALA GIRBAS.....	25
INFVo.....	25
VHI - VOICE HANDICAP INDEX.....	26
SECEL-I.....	28
VALUTAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE.....	31
ESAME FONEMICO.....	31
BRANO FONETICAMENTE BILANCIATO.....	32

**ANAMNESI DEL PAZIENTE CERVICO-CEFALICO IN FASE PRE E POST CHIRURGICA**

Data ...../...../.....

Cognome e nome.....  
Luogo e data di nascita..... Età:.....  
Residenza.....  
Scolarità.....  
Professione.....

Ricoverato                       Ambulatoriale                       Domiciliare

Data insorgenza del disturbo.....

Diagnosi.....  
.....  
.....  
.....

Patologie associate.....  
.....  
.....  
.....

Livello comunicativo.....  
.....  
.....  
.....

Profilo neuropsicologico.....  
.....  
.....  
.....

Tipo di assistenza .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANAMNESI DEL PAZIENTE CERVICO-CEFALICO: FASE PRE CHIRURGICA**

Cognome e nome: .....Data ...../...../.....

al letto del paziente  in ambulatorio logopedico  con caregiver  senza caregiver

COLLABORAZIONE  adeguata  ridotta  assente

POSTURA DEL CAPO E DEL COLLO  adeguata  non adeguata

MODALITA' RESPIRATORIA  adeguata  non adeguata (patologie pregresse o in corso es. BPCO)

.....  
.....  
.....

DENTIZIONE  presente  assente  protesi dentarie

.....  
.....

ALIMENTAZIONE  nulla per os  
 libera  liquidi per os  
 solido-morbida  semisolida  semiliquida

FARMACI ASSUNTI  no  sì

.....  
.....  
.....  
.....

ASPETTO EMOTIVO-RELAZIONALE  adeguato  non adeguato

.....  
.....  
.....  
.....

FATTORI DI RISCHIO fumo  no  sì.....  
alcool  no  sì.....  
stupefacenti  no  sì.....

ALLERGIE

.....

DISTURBI PRESENTI:  voce  articolazione  deglutizione

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....

ESAMI E/O VISITE EFFETTUATE: Orl  Foniatrica  VFS  TAC  RMN

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

COUNSELLING PRE OPERATORIO:  no  sì

Orl, Foniatra-Logopedista, Fisiatra-Fisioterapista, Dietologa/Dietista, Psicologo

.....  
.....  
.....

E' a conoscenza dei cambiamenti anatomici?  si  no  parzialmente

E' a conoscenza di eventuali conseguenze funzionali?  si  no  parzialmente

ALTRO:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ANAMNESI DEL PAZIENTE CERVICO-CEFALICO: FASE POST - CHIRURGICA PRECOCE**

Cognome e nome:.....Data ...../...../..... Giornata: .....

al letto del paziente       in ambulatorio logopedico

PRESENZA DEL CAREGIVER                       no  

sì.....  
..  
.....

MOTIVAZIONE ALLA RIABILITAZIONE    sì    no    da definire

.....  
.....

DESCRIZIONE INTERVENTO CHIRURGICO

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

TRAINING PRE-OPERATORIO    sì    no

TRACHEOSTOMIA    presente     assente

CANNULA                       presente .....    assente

ALIMENTAZIONE    per os       enterale       parenterale

ESAMI E/O VISITE EFFETTUATE DURANTE IL RICOVERO

ORL    Foniatria    VFS    TAC    RMN

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

RADIOTERAPIA    no    sì

data inizio      ...../...../.....

data termine    ...../...../.....

CHEMIOTERAPIA:  no    sì

data inizio      ...../...../.....

data termine    ...../...../.....

POSTURA DEL CAPO E DEL COLLO    adeguata    non adeguata

.....  
.....  
.....

ALGIE  assenti  presenti  in sede di intervento  diffuse ad altre sedi

.....  
.....  
.....  
.....

FATTORI DI RISCHIO fumo  no  sì.....  
alcohol  no  sì.....  
stupefacenti  no  sì.....

ALLERGIE.....  
.....

MODALITA' RESPIRATORIA  adeguata  non adeguata (patologie pregresse o in corso es. BPCO)

.....  
.....  
.....  
.....

DENTIZIONE  adeguata  parziale  edentulia  protesi dentarie  protesi otturatorie

.....  
.....  
.....  
.....

DIETA PREOPERATORIA  nulla per os  liquidi per os  
 libera  semisolida  cremosa  semiliquida  
 solido-morbida

ALIMENTAZIONE ATTUALE  per os  enterale  parenterale  dieta: .....  
tipo:  SNG  PEG  PEJ

FARMACI ASSUNTI  no  sì

.....  
.....  
.....

ASPETTO EMOTIVO-RELAZIONALE  adeguato  non adeguato

.....  
.....  
.....

ALTRO:

.....

.....

.....

.....



**ANAMNESI DEL PAZIENTE CERVICO-CEFALICO: FASE POST - CHIRURGICA**

Cognome e nome:.....Data ...../...../.....

DESCRIZIONE INTERVENTO CHIRURGICO:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

CAREGIVER:  collaborante  poco collaborante  assente

MOTIVAZIONE ALLA RIABILITAZIONE:  si  no  da definire

.....  
.....

TRACHEOSTOMIA:  presente  assente

CANNULA:  presente .....  assente

ESAMI E/O VISITE PRECEDENTI:  Orl  Foniatria  VFS  TAC  RMN

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

RADIOTERAPIA  no  sì

data inizio ...../...../.....

data termine ...../...../.....

CHEMIOTERAPIA  no  sì

data inizio ...../...../.....

data termine ...../...../.....

ALGIE  assenti  presenti  in sede di intervento  diffuse ad altre sedi

.....  
.....  
.....  
.....

FATTORI DI RISCHIO fumo  no  sì.....

alcol  no  sì.....

stupefacenti  no  sì.....

ALLERGIE

.....  
.....

DENTIZIONE  adeguata  parziale  edentulia  protesi dentarie  protesi otturatorie

.....  
.....  
.....

ALIMENTAZIONE ATTUALE

per os  
 enterale      tipo:  SNG     PEG     PEJ  
 parenterale

CONSISTENZA ASSUNTA  liquidi       semiliquida     cremosa       semisolida  
 solido-morbida     solida       doppia-consistenza

POSTURA FACILITANTE     no     sì.....

MANOVRA DI DEGLUTIZIONE  no  sì.....

SEGNI DI DISFAGIA AL PASTO

tosse  
 episodi di soffocamento  
 sensazione di ristagno  
 fuoriuscita di cibo dalla tracheostomia  
 fuoriuscita di cibo dal naso  
 fuoriuscita di cibo dalle labbra  
 odinofagia

DURATA DEL PASTO .....

EPISODI FEBBRILI     no     sì.....

PERDITA DI PESO     no     sì.....

FARMACI ASSUNTI     no     si

.....  
.....  
.....  
.....

ASPETTO EMOTIVO-RELAZIONALE:  adeguato  non adeguato

.....  
.....  
.....  
.....

ALTRO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**ESAME OBIETTIVO DEL PAZIENTE CERVICO-CEFALICO**

Cognome e nome:.....Data ...../...../..... Giornata: .....

- VIGILANZA adeguata sufficiente inadeguata
- COLLABORAZIONE adeguata sufficiente inadeguata
- AFFATICABILITA' assente moderata rilevante
- COMUNICAZIONE verbale scritta mimico/gestuale
- POSTURA adeguata possibile seduta allettato
- FUNZIONE RESPIRATORIA adeguata sufficiente inadeguata
- SUPPORTO RESPIRATORIO no sì .....
- SATURAZIONE .....
- MODO RESPIRATORIO nasale orale oro-nasale  
attraverso la tracheostomia
- TIPO RESPIRATORIO costo-diaframmatico superiore/clavicolare  
toracico inferiore addominale  
paradosso
- TOSSE SPONTANEA presente ipovalida assente
- TOSSE VOLONTARIA adeguata sufficiente inadeguata
- RACLAGE adeguato sufficiente inadeguato
- CAPACITA' ESPELLERE SALIVA adeguata sufficiente inadeguata
- DURATA MASSIMA ESPIRATORIA sec 0-3 3-8 8-10 >10 .....
- DURATA APNEA sec .....
- TRACHEOSTOMIA assente presente in passato
- CANNULA TRACHEALE presente assente  
tradizionale cuffiata fenestrata  
mini track fonatoria
- CHIUSURA CANNULA sì no
- DURATA CHIUSURA CANNULA ..... N° di volte al giorno .....

- SECREZIONI nella norma abbondanti con residui alimentari
- NECESSITA' ASPIRAZIONI nella norma abbondanti  
autonoma personale sanitario
- DATA DECANNULAZIONE ...../...../.....
- GESTIONE TRACHEOSTOMIA /FONAZIONE coordinata non coordinata
- DEGLUTIZIONE SALIVA adeguata sufficiente inadeguata  
scialorrea xerostomia
- DENTIZIONE adeguata parziale edentulia  
protesi dentarie protesi otturatorie
- IGIENE DEL CAVO ORALE adeguata inadeguata  
residui alimentari lingua secca/patinata

**ESAME MORFO-DINAMICO**

Cognome e nome:.....Data ...../...../..... Giornata: .....

## LABBRA (VII NC)

Aspetto del vermiglio: .....

Sigillo labiale	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> non adeguato
Protrusione	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Retrazione	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
	<input type="checkbox"/> maggiore a dx	<input type="checkbox"/> maggiore a sx	
Diadococinesia (pa-pa-pa)	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata

## LINGUA (XII NC)

Condizioni della mucosa:.....

Protrusione	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Retrazione	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Movimento laterale dx	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato
Movimento laterale sin	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato
Innalzamento	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato
Abbassamento	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato
Elevazione base lingua (KA)	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Movimento circolare	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato
Schiocco linguale	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato
Forza contro resistenza	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Diadococinesia (ta-ca)	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata

## VELO PALATINO (V, X NC)

A riposo:.....

Elevazione /a/ continua	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Elevazione /a/ intermittente	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Movimento al riflesso del vomito	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato
Rinolalia	<input type="checkbox"/> sì, aperta	<input type="checkbox"/> sì, chiusa	<input type="checkbox"/> no

#### OROFARINGE

Movimenti mesiali della parete laterale faringea durante la pronuncia di /a/  adeguati  sufficienti  non adeguati

Movimenti mesiali della parete laterale faringea durante il riflesso del vomito  adeguati  sufficienti  non adeguati

#### MANDIBOLA E ATM (V NC)

Deviazione a riposo	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	
Deviazione in apertura	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	
Trisma	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	
Abbassamento	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato
Sollevamento	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato
Protrusione	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Movimento laterale	<input type="checkbox"/> adeguato	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguato

#### LARINGE

Elevazione	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Motilità cordale/aritenoidea	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata

#### COLLO

Edema latero-cervicale  presente  assente

Enfisema	<input type="checkbox"/> presente	<input type="checkbox"/> assente	
Flessione	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Estensione	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Rotazione destra	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Rotazione sinistra	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Inclinazione destra	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata
Inclinazione sinistra	<input type="checkbox"/> adeguata	<input type="checkbox"/> sufficiente	<input type="checkbox"/> non adeguata

### **SENSIBILITÀ**


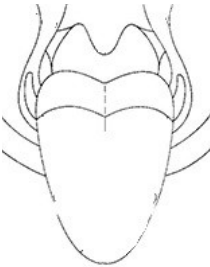

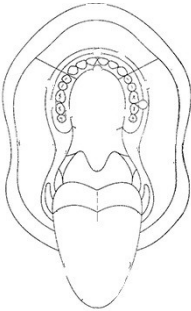
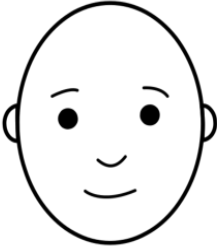
Adeguata=2

Sufficiente=1

Non adeguata=0

tattile

termica

<p>Labbra</p> 	<p>Lingua</p> 	
<p>Palato</p> 	<p>Mucosa geniena</p> 	<p>Volto</p> 



## VALUTAZIONE DELLA DISFAGIA NEL PAZIENTE CERVICO-CEFALICO

Cognome e nome:.....Data ...../...../..... Giornata: .....

### PROVE DI DEGLUTIZIONE

	Liquida	Semiliquida	Cremosa	Semisolida	Solida
Modalità di somministrazione					
Postura facilitante					
Manovra di deglutizione					
Fase di preparazione orale	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:
Fase orale	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:
Fase faringea	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:	<input type="checkbox"/> adeguata <input type="checkbox"/> non adeguata per:
Segni indiretti di penetrazione/ aspirazione nelle VADS	<input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> presenti:	<input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> presenti:	<input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> presenti:	<input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> presenti:	<input type="checkbox"/> assenti <input type="checkbox"/> presenti:
% di bolo fuoriuscito dalla tracheostomia	<10% 10-49% 50-89% >90%	<10% 10-49% 50-89% >90%	<10% 10-49% 50-89% >90%	<10% 10-49% 50-89% >90%	<10% 10-49% 50-89% >90%

**INDAGINI STRUMENTALI ESEGUITE**

FEES/FEEST:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

VFS:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Scintigrafia orofaringea:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

PAS (Penetration Aspiration Scale) ..... OPHL-PAS .....

Pooling Score .....DOSS .....

DIGEST (Dynamic Imaging Grading of Swallowing Toxicity) .....

ALTRO.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**OSSERVAZIONE AL PASTO**

Cognome e nome:.....Data ...../...../..... Giornata: .....

Setting:      tranquillo      con saltuarie fonti di distrazioni  
                  con fonti di distrazioni continue      totalmente distraente

Posizione del paziente .....

Postura facilitante: .....

Manovra di deglutizione: .....

Consistenza del cibo:    semiliquida    cremosa    semisolida    solido-morbida    dieta libera

Liquidi al pasto:      sì      sì con addensante      no

Dimensione del bolo:    1/2 cucchiaino      cucchiaino      cucchiaio

Caregiver:              non necessario      assente ma necessario  
                               poco attento    incostante      compiante

Motivazione ad alimentarsi:     adeguata     sufficiente    non adeguata

Contenimento orale:      adeguata      scolo anteriore di cibo dalla rima labiale  
                                       incontinenza della rima labiale

Gestione endorale del bolo:    adeguata      bolo di dimensioni eccessive    non adeguata

Preparazione orale:      adeguata      prolungata      impossibilità a formare il bolo

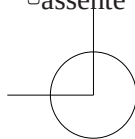
Detersione orale:          adeguata      pochi residui    abbondanti residui

Presenza di tosse o raclage:    mai              rara (2-3 volte)  
                                       frequente (1/3 delle volte)    quasi sempre

Qualità della voce post-deglutitoria:    adeguata      umida/gorgogliante

Affaticabilità:              assente              moderata      rilevante

Percentuale del pasto assunta:

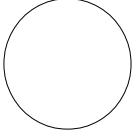
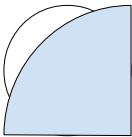
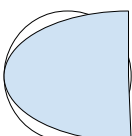
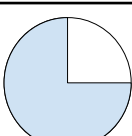
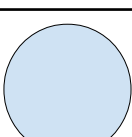


Tempo impiegato: ..... min

## DIARIO ALIMENTARE

### Istruzioni per la corretta compilazione:

- Annotare tutti gli alimenti e bevande (es. the) consumati dal paziente nei pasti principali (colazione, pranzo e cena) e negli spuntini delle 24 ore.
- Per evitare omissioni o errori di compilazione è opportuno che la registrazione (da parte del paziente o dell'operatore) avvenga al momento stesso del consumo.
- Segnalare la qualità dell'alimento consumato (es. pasta al pesto, pesce al forno, piselli in umido etc).
- Segnare la quantità dell'alimento consumato dal paziente utilizzando il grafico a torta.

	<p><b>TORTA VUOTA</b></p> <p>NON consuma nemmeno in piccole quantità l'alimento (es. pane o latte) o il piatto (es. pasta)</p>
	<p><b>1/4 TORTA</b></p> <p>Assume una piccola parte della porzione (circa 1/4 di porzione)</p>
	<p><b>1/2 TORTA</b></p> <p>Assume circa metà porzione</p>
	<p><b>3/4 TORTA</b></p> <p>Assume in gran parte la porzione (circa 3/4 di porzione)</p>
	<p><b>TUTTA LA TORTA</b></p> <p>Assume la porzione completa del piatto nel vassoio</p>

- Annotare sulla scheda anche gli eventuali alimenti che il paziente ha scelto ma non consumato (lasciare la torta vuota).
- Segnalare le eventuali aggiunte di olio e parmigiano, spesso prescritti al fine di aumentare l'apporto calorico del paziente, nei piatti del pranzo e della cena. Segnalare il numero di cucchiaini aggiunti.
- Annotare, o far annotare al paziente, anche gli eventuali alimenti consumati durante la giornata come spuntino.
- Segnare gli eventuali integratori prescritti annotandone la quantità realmente assunta dal paziente.

Cognome e nome:.....Data ...../...../..... Giornata: .....

<b>DIARIO ALIMENTARE</b>				
<b>DIETA</b>				
<b>COLAZIONE</b>	Bevanda	<input type="checkbox"/>	Altro (mousse, yogurth, budino)	<input type="checkbox"/>
	Biscotti/fette biscottate	<input type="checkbox"/>	Zucchero	n. bustine: n.cucchaini:
<b>SPUNTINO</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>PRANZO</b>	Primo piatto	<input type="checkbox"/>	Frutta/yogurth/budino	<input type="checkbox"/>
	Secondo piatto	<input type="checkbox"/>	Pane/grissini	<input type="checkbox"/>
	Contorno	<input type="checkbox"/>	Piatto unico	<input type="checkbox"/>
	Olio aggiunto	n. cucchiaini:	Parmigiano aggiunto	n. cucchiaini:
<b>SPUNTINO</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>CENA</b>	Primo piatto	<input type="checkbox"/>	Frutta/yogurth/budino	<input type="checkbox"/>
	Secondo piatto	<input type="checkbox"/>	Pane/grissini	<input type="checkbox"/>
	Contorno	<input type="checkbox"/>	Piatto unico	<input type="checkbox"/>
	Olio aggiunto	n. cucchiaini:	Parmigiano aggiunto	n. cucchiaini:
<b>ALTRI ALIMENTI ASSUNTI:</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>INTEGRATORI:</b>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>LIQUIDI</b>		ml/die bicchieri/die		ml/die bicchieri/die

## QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DISFAGIA – MDADI

Questo questionario vi chiede il vostro punto di vista sulla vostra abilità nel deglutire e ci aiuterà a comprendere come vi sentite riguardo alla deglutizione.

Le seguenti affermazioni sono state utilizzate da persone con problemi della deglutizione. Alcune di queste potrebbero essere adatte anche alla vostra situazione.

Leggete ogni affermazione e crocettate la risposta che meglio riflette la vostra esperienza delle ultime settimane.

Sig. .... Data di compilazione ...../...../.....

		Concordo totalmente	Concordo	Nessuna opinione	Non concordo	Non concordo affatto
G	La mia abilità nel deglutire limita le mie attività quotidiane					
E2	Sono imbarazzato dalle mie abitudini alimentari					
F1	Le persone hanno difficoltà a cucinare per me					
P2	Deglutire è più difficile alla fine della giornata					
E7	Non mi rendo conto dell'atto deglutitorio quando mangio					
E4	Sono limitato dal mio problema nel deglutire					
P6	Deglutire richiede un grande sforzo					
E5	Non esco a causa del mio problema nel deglutire					
F5	Il mio problema nel deglutire mi fa guadagnare meno					
P7	Ho bisogno di più tempo per mangiare a causa del mio problema nel deglutire.					
P3	La gente mi chiede: "perché non puoi mangiare quello?"					
		Concordo totalmente	Concordo	Nessuna opinione	Non concordo	Non concordo affatto

E3	Le altre persone sono irritate dal mio problema nel mangiare					
P8	Tossisco quando cerco di bere liquidi					
F3	I miei problemi nel deglutire limitano la mia vita personale e sociale					
F2	Mi sento libero di andare a mangiare fuori con amici, vicini e parenti					
P5	Limito la quantità di cibo che ingerisco a causa delle mie difficoltà nel deglutire					
P1	Non possono mantenere il mio peso a causa del mio problema nel deglutire					
E6	Ho una bassa autostima a causa del mio problema nel deglutire					
P4	Mi sento che sto deglutendo un'enorme quantità di cibo					
F4	Mi sento escluso a causa delle mie abitudini alimentari					
G						
P						
E						
F						

**VALUTAZIONE DELLA DISFONIA NEL PAZIENTE CERVICO-CEFALICO**

Cognome e nome:.....Data ...../...../..... Giornata: .....

**VOCALIZZO**

TIMBRO

- afono       soffiato       rauco  bitonale  
 gorgogliante    nasale       pressato

MPT con /A/ sec.....

INTENSITA'  adeguata  ridotta  elevata

SPETTROGRAMMA (PRAAT) Fo..... Hz

ATTACCO VOCALE  adeguato  soffiato  duro

BANDE ARMONICHE  presenti fino a..... Hz  assenti

RUMORE  presente  predominante  assente

EFFICIENZA VOCALE COMPLESSIVA  adeguata  sufficiente  non adeguata

### **ELOQUIO SPONTANEO**

VELOCITA'  adeguata  rallentata  elevata

COORDINAZIONE PNEUMO-FONICA  adeguata  frequenti inspirazioni  apnea vuota

INTENSITA'  adeguata  ridotta  elevata

ARTICOLAZIONE  adeguata  ridotta  iperarticolazione

### **ENUMERAZIONE da 121 a .....**

VELOCITA'  adeguata  rallentata  elevata

COORDINAZIONE PNEUMO-FONICA  adeguata  frequenti inspirazioni  apnea vuota

INTENSITA'  adeguata  ridotta  elevata

ARTICOLAZIONE  adeguata  ridotta  iperarticolazione

### **LETTURA DI BRANO**

VELOCITA'  adeguata  rallentata  elevata

COORDINAZIONE PNEUMO-FONICA  adeguata  frequenti inspirazioni  apnea vuota

INTENSITA'  adeguata  ridotta  elevata



ARTICOLAZIONE     adeguata     ridotta     iperarticolazione

**SCALA GIRBAS**

Data ...../...../.....

	0 (condizione eufonica)	1 (devianza lieve)	2 (devianza moderata)	3 (devianza severa)
G (grado generale di disfonia)				
I (grado di instabilità)				
R (raucedine)				
B (voce soffiata)				
A (voce astenica)				
S (voce strozzata)				

**INFVo**

I: impressione generale della qualità vocale (e intelligibilità)

N: rumore additivo non volontario (disturbo causato da rumori aggiunti involontari durante la fonazione)

F: fluenza vocale

Vo: frammenti vocalizzati

Ad ognuno dei parametri va assegnato un punteggio che va da 0 (voce di sostituzione molto buona) a 10 (voce di sostituzione molto deviante).

Data ...../...../.....

Parametro	Punteggi										
I	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
F	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**VHI - VOICE HANDICAP INDEX**

Sig. .... Data di compilazione ...../...../.....

		Mai	Quasi mai	Qualche volta	Quasi sempre	Sempre
F1	La mia voce è udita con difficoltà dalla gente					
P2	Esaurisco l'aria quando parlo					
F3	La gente ha difficoltà a capirmi in una stanza rumorosa					
P4	Il suono della mia voce varia durante la giornata					
F5	La mia famiglia ha difficoltà ad udirmi quando li chiamo in casa					
F6	Adopero il telefono meno sovente di quanto vorrei					
E7	Sono teso a causa della mia voce quando parlo con gli altri					
F8	Tendo ad evitare gruppi di persone a causa della mia voce					
E9	La gente sembra irritata dalla mia voce					
P10	La gente mi chiede: "Cosa c'è che non va con la sua voce?"					
F11	Parlo meno sovente con amici, vicini e parenti a causa della mia voce					
F12	La gente mi chiede di ripetere quando parlo faccia a faccia					
P13	La mia voce è stridula e secca					
P14	Mi sembra di dovermi sforzare per produrre la voce					
E15	Trovo che gli altri non comprendano i miei problemi di voce					
F16	Le mie difficoltà di voce restringono la mia vita personale e sociale					
P17	La chiarezza della mia voce è imprevedibile					
P18	Cerco di cambiare la mia voce per farle avere un suono differente					
F19	Mi sento tagliato fuori dalle conversazioni a causa della mia voce					
P20	Faccio molto sforzo per parlare					
P21	La mia voce è peggiore la sera					
F22	I miei problemi di voce mi fanno guadagnare meno					

E23	Il mio problema di voce mi sconvolge					
E24	Esco di meno per i miei problemi di voce					
E25	La mia voce mi fa sentire handicappato					
P26	La mia voce viene meno nel bel mezzo del parlare					
E27	Mi scoccio quando la gente mi chiede di ripetere					
E28	Mi sento imbarazzato quando la gente mi chiede di ripetere					
E29	La mia voce mi fa sentire un incapace					
E30	Mi vergogno del mio problema di voce					

Come giudica la sua voce oggi?	Normale	Abbastanza buona	Così così	Brutta
--------------------------------	---------	------------------	-----------	--------

Risultati	Mai	Quasi mai	Qualche volta	Quasi sempre	Sempre
Scala P					
Scala F					
Scala E					
Totale					

Punteggio totale: 0-120 (mai=0, quasi mai=1, qualche volta=2, quasi sempre=3, sempre=4)

0-30: disagio minimo; 31-60: disagio moderato; 61-120: disagio notevole o estremo

Punteggi parziali:

-Effetti sulle attività quotidiane (item F) max 40

-Effetti sulle emozioni-Risposte affettive ( item E) max 40

-Percezione della qualità di emissione vocale e delle sue difficoltà (item P) max 40

**SECEL-I****SELF-EVALUATION OF COMMUNICATION EXPERIENCE AFTER LARYNGECTOMY**

Istruzioni: di seguito si trovano 35 domande su comuni esperienze di comunicazione dopo la laringectomia. Queste esperienze sono state riportate da altri pazienti laringectomizzati.

Per ognuna deve segnare con un cerchio se vive quell'esperienza Sempre, Spesso, Qualche volta o Mai. Per favore, pensi alla sua situazione attuale (ultimi 30 giorni) e non a quello che poteva succedere in passato.

Sig. .... Data di compilazione ...../...../.....

<i>Esempio</i>	Sempre	Spesso	Qualche volta	Mai
Ha problemi nel parlare ad amici e familiari?	3	2	1	0
Le sembra che le persone la interrompano per via del suo modo di parlare?	3	2	1	0
	Sempre	Spesso	Qualche volta	Mai
1. Lei è una persona attiva, estroversa, loquace?	3	2	1	0
2. Alle persone con cui sta parlando ammette di essere stato sottoposto all'intervento di laringectomia?	3	2	1	0
3. È rilassato e a suo agio con altre persone in situazione di dialogo?	3	2	1	0
4. Si descriverebbe come una persona calma e pacata?	3	2	1	0
5. Pensa che il suo modo di parlare stia migliorando nel tempo?	3	2	1	0
6. Si trova a frequentare di meno i luoghi pubblici e di ritrovo per via del suo modo di parlare?	3	2	1	0
7. Ha difficoltà a ottenere l'attenzione delle persone per parlare?	3	2	1	0
8. Ha difficoltà a gridare o chiamare le persone?	3	2	1	0
9. Le sembra che le persone non riescano a capirla?	3	2	1	0
10. Le sembra di dover ripetere le cose durante una conversazione per essere capito?	3	2	1	0
Ha problemi a parlare: 11. in grandi gruppi di persone?	3	2	1	0
12. In piccoli gruppi di persone?	3	2	1	0

13. Con una persona?	3	2	1	0
14. Da una stanza all'altra della sua casa?	3	2	1	0
15. In ambienti rumorosi?	3	2	1	0
16. Al telefono?	3	2	1	0
17. In auto, autobus o mentre viaggia?	3	2	1	0
Il suo modo di parlare le causa: 18. Difficoltà a partecipare a feste o incontri pubblici?	3	2	1	0
19. Usa il telefono meno di quanto lo vorrebbe usare?	3	2	1	0
20. Si sente emarginato quando è in un gruppo di persone?	3	2	1	0
21. La sua voce le provoca limitazioni nella vita sociale e personale?	3	2	1	0
22. Si sente depresso?	3	2	1	0
23. Si sente frustrato quando parla a familiari o amici che non riescono a capirla?	3	2	1	0
24. Si sente diverso o strano?	3	2	1	0
25. È restio a conoscere nuove persone per via del suo modo di parlare?	3	2	1	0
26. Viene lasciato fuori dalle conversazioni per via del suo modo di parlare?	3	2	1	0
27. Evita di parlare con altre persone per via del suo modo di parlare?	3	2	1	0
28. Le persone tendono a completare le frasi al posto suo?	3	2	1	0
29. Le persone la interrompono mentre sta parlando?	3	2	1	0
30. Le persone le dicono che non riescono a capirla?	3	2	1	0
31. Le persone con cui parla si infastidiscono con lei per via del suo modo di parlare?	3	2	1	0
32. Le persone la evitano per via del suo modo di parlare?	3	2	1	0
33. Le persone le parlano in modo diverso a causa del suo modo di parlare?	3	2	1	0

34.Familiari ed amici non riescono a capire cosa significhi comunicare con questo tipo di parola?	3	2	1	0
	Sì	Di più		No
35.Rispetto a prima della laringectomia, lei parla la stessa quantità di tempo?				

Punteggio totale (score range 0-120): \_\_\_\_\_

Sottoscala generale (domande 1-5): \_\_\_\_/15

Sottoscala ambiente (domande 6-19): \_\_\_\_/42

Sottoscala attitudine (domande 20-34): \_\_\_\_/45

**VALUTAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE NEL PAZIENTE CERVICO-CEFALICO**

Cognome e nome:.....Data ...../...../..... Giornata: .....

**ESAME FONEMICO**

Papà	Babbo
Tetto	Dado
Cocco	Lago
Ciccio	Gigi
Mamma	Nonna
Fifa	Viva
Sasso	Rosa
Sciocco	Zia
Zanzara	Lulù
Ramarro	Rana
Giugno	Luglio
Strada	Spruzzo
Completo	Taxi
Cosmopolita	Sardanapalo
Afghanistan	Nabucodonosor



**BRANO FONETICAMENTE BILANCIATO****Il ramarro della zia**

Il papà (o il babbo come dice il piccolo Dado) era sul letto.

Sotto di lui, accanto al lago, sedeva Gigi, detto Ciccio, cocco della mamma e della nonna. Vicino ad un sasso c'era una rosa rosso vivo e lo sciocco, vedendola, la volle per la zia.

La zia Lulu' cercava zanzare per il suo ramarro, ma dato che era giugno (o luglio non so bene) non ne trovava.

Trovò invece una rana che saltando dalla strada finì nel lago con un grande spruzzo. Sai che fifa, la zia!

Lo schizzo bagnò il vestito rosa che divenne giallo come un taxi.

Passava di lì un signore cosmopolita di nome Sardanapalo Nabucodonosor che si innamorò della zia e la portò con sé in Afghanistan.

Osservazioni.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

AFFATICAMENTO     no     sì, con rallentamento eloquio     sì, con abbassamento voce

VELOCITA' ELOQUIO     adeguata     rallentata     elevata

INTELLIGIBILITÀ' ELOQUIO     adeguata     sufficiente     non adeguata

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## **Il ramarro della zia**

Il papà (o il babbo come dice il piccolo Dado) era sul letto.

Sotto di lui, accanto al lago, sedeva Gigi, detto Ciccio, cocco della mamma e della nonna. Vicino ad un sasso c'era una rosa rosso vivo e lo sciocco, vedendola, la volle per la zia.

La zia Lulu' cercava zanzare per il suo ramarro, ma dato che era giugno (o luglio non so bene) non ne trovava.

Trovò invece una rana che saltando dalla strada finì nel lago con un grande spruzzo. Sai che fifa, la zia!

Lo schizzo bagnò il vestito rosa che divenne giallo come un taxi.

Passava di lì un signore cosmopolita di nome Sardanapalo Nabucodonosor che si innamorò della zia e la portò con sé in Afghanistan.