

## Egen Klassifikation Scale Version 2 (EK2) Italiano

Steffensen 2008

Nome \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
 Data valutazione \_\_\_\_\_  
 Valutatore \_\_\_\_\_ (per favore cerchiare)

NOTE: \*Assegnare il punteggio alla miglior prestazione delle ultime 2 settimane soprattutto se ci è stata variazione tra giorni migliori e peggiori.

<b>1</b>	<b>Capacità di usare la carrozzina</b> Come ti sposti in casa e fuori?	<b>N/A</b>
	Capace di usare una carrozzina manuale in piano, 10 metri in meno di 1 minuto	<b>0</b>
	Capace di usare una carrozzina manuale in piano, 10 metri in più di 1 minuto	<b>1</b>
	Non in grado di usare carrozzina manuale, necessita carrozzina elettrica	<b>2</b>
	Usa carrozzina elettrica, ma a volte ha difficoltà a sterzare	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Capacità di trasferirsi dalla carrozzina</b> Come passi dalla carrozzina al letto?	<b>N/A</b>
	Capace di trasferirsi dalla carrozzina senza aiuto	<b>0</b>
	Capace di trasferirsi dalla carrozzina autonomamente con ausili	<b>1</b>
	Necessità di assistenza per trasferirsi con o senza ausili aggiuntivi (sollevatore, easyglide)	<b>2</b>
	Necessità di essere sollevato con sostegno del capo nel trasferimento dalla carrozzina	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Capacità di stare in piedi</b> A volte riesci a stare in piedi? Come lo fai?	<b>N/A</b>
	Capace di stare in piedi con sostegno delle ginocchia, come con i tutori	<b>0</b>
	Capace di stare in piedi con sostegno delle ginocchia e delle anche, come con ausili per la statica	<b>1</b>
	Capace di stare in piedi con sostegno completo del corpo	<b>2</b>
	Non può essere mantenuto in piedi	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>Capacità di stare in equilibrio sulla carrozzina</b> Riesci a piegarti in avanti e di lato per poi tornare dritto?	<b>N/A</b>
	Capace di tirarsi su dritto dalla completa flessione anteriore, spingendosi sulle mani	<b>0</b>
	Capace di muovere la parte superiore del corpo > 30° in tutte le direzioni partendo dal tronco eretto, ma non riesce a tirarsi su dalla posizione di flessione anteriore	<b>1</b>
	Capace di muovere la parte superiore del corpo < 30° da un lato all'altro	<b>2</b>
	Non cambia posizione della parte superiore del corpo, non può stare seduto senza sostegno completo del tronco e del capo	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>Capacità di muovere le braccia</b> Riesci a muovere le dita, mani e braccia contro gravità?	<b>N/A</b>
	Capace di sollevare le braccia sopra la testa con o senza movimenti di compenso	<b>0</b>
	Non solleva le braccia sopra la testa, ma capace di sollevare avambracci contro gravità (mani alla bocca con o senza sostegno del gomito)	<b>1</b>
	Non solleva avambracci contro gravità, ma usa mani contro gravità con sostegno dell'avambraccio	<b>2</b>
	Non muove mani contro gravità, ma capace di usare le dita	<b>3</b>
<b>6</b>	<b>Capacità di usare le mani e le braccia per mangiare</b> Mi descrivi come mangi?	<b>N/A</b>
	Capace di mangiare e bere senza sostegno del gomito	<b>0</b>
	Mangia e beve con il gomito poggiato	<b>1</b>
	Mangia e beve con sostegno del gomito e con rinforzo della mano controlaterale +/- ausili per l'alimentazione	<b>2</b>
	Deve essere imboccato	<b>3</b>
<b>7</b>	<b>Capacità di girarsi nel letto</b> come ti giri di notte nel letto?	<b>N/A</b>
	Capace di girarsi nel letto vestito	<b>0</b>
	Necessità di un poco d'aiuto per girarsi nel letto o riesce a girarsi solo in alcune direzioni	<b>1</b>
	Non si gira nel letto. Deve essere girato 0 - 3 volte durante la notte	<b>2</b>
	Non si gira nel letto. Deve essere girato > 4 volte durante la notte	<b>3</b>
<b>8</b>	<b>Capacità di tossire</b> Come tossisci quando ne hai bisogno?	<b>N/A</b>
	Capace di tossire in maniera efficace	<b>0</b>
	Ha difficoltà nel tossire e necessità a volte di un aiuto manuale. Capace di schiarirsi la gola	<b>1</b>
	Necessità sempre di aiuto nel tossire. Capace di tossire solo in alcune posizioni	<b>2</b>
	Non riesce a tossire. Necessità di aspirazione e/o tecniche di iperventilazione o IPPB per mantenere le vie aeree pervie	<b>3</b>
<b>9</b>	<b>Capacità di parlare</b> Riesci a parlare in maniera tale da farti capire da una parte all'altra di una stanza grande?	<b>N/A</b>
	Voce potente. Capace di cantare e parlare ad alta voce	<b>0</b>
	Parla normalmente, ma non alza la voce	<b>1</b>
	Parla a bassa voce e necessità di un respiro dopo 3-5 parole	<b>2</b>
	Linguaggio difficile da capire se non dai parenti stretti	<b>3</b>

10	<b>Benessere fisico</b> (Si riferisce solo all'insufficienza respiratoria – vedi manuale)	N/A
	Nessuna lamentela, si sente bene	0
	Si stanca facilmente. Fa fatica a riposarsi seduto o a letto	1
	Ha perdita di peso, perdita d'appetito. Paura di addormentarsi la sera, dorme male	2
	Ha sintomi aggiuntivi: cambio d'umore, mal di stomaco, palpitazioni, sudorazione	3

11	<b>Affaticabilità diurna</b> Devi organizzare la giornata per evitare di stancarti?	N/A
	Non si stanca durante la giornata	0
	Deve limitare le attività per non stancarsi troppo	1
	Deve limitare le attività e riposarsi per non stancarsi troppo	2
	Si stanca durante il giorno anche se limita le attività e si riposa	3

12	<b>Controllo del capo</b> Di quanto sostegno del capo hai bisogno quando sei in carrozzina?	N/A
	Non necessita di sostegno per il capo	0
	Necessita di sostegno del capo quando va su e giù per una pendenza (rampa standard di 15 °)	1
	Necessita di sostegno del capo quando guida la carrozzina	2
	Necessita di sostegno del capo quando sta seduto fermo in carrozzina	3

13	<b>Capacità di controllare il Joystick</b> Che tipo di joystick usi per guidare la tua carrozzina?	N/A
	Usa un joystick normale senza modifiche particolari	0
	Usa un joystick adattato o ha dovuto modificare la carrozzina per usarne uno normale	1
	Usa altre tecniche per guidare la carrozzina tipo sistemi di soffio/suzione o guida tramite scansione	2
	Non riesce a manovrare la carrozzina. Ha bisogno che qualcun'altro guidi per lui	3

14	<b>Consistenza dei cibi</b> Devi modificare i cibi in alcun modo per mangiarli?	N/A
	Mangia tutte le consistenze di cibo	0
	Mangia cibi tagliati o a bocconi o evita cibi duri e gommosi	1
	Mangia cibi tritati/frullati ed eventuali integrazioni se necessarie	2
	L'apporto principale viene fornito tramite peg	3

15	<b>Mangiare un pasto</b> (con o senza assistenza) Quanto tempo impieghi a consumare un pasto?	N/A
	Capace di consumare un pasto nello stesso tempo impiegato dagli altri che condividono il pasto con lui	0
	Capace di consumare un pasto intero nello stesso tempo impiegato degli altri solo con incoraggiamento o necessità di più (circa 10 minuti)	1
	Capace di consumare un pasto intero ma necessità di molto più tempo rispetto agli altri che condividono il pasto (15 minuti o più)	2
	Incapace di consumare un pasto completo	3

16	<b>Deglutizione</b> Hai mai problemi a ingoiare?	N/A
	Non ha mai problemi a deglutire e non si strozza mai con cibo/bevande	0
	Ha occasionali problemi a deglutire (meno di 1/mese) alcuni tipi di cibo o si strozza occasionalmente	1
	Ha costanti problemi a deglutire cibi/bevande o si strozza con cibi/bevande (più di 1/mese)	2
	Ha difficoltà a deglutire la saliva o le secrezioni	3

17	<b>Funzionalità mani</b> Quali di queste cose riesci a fare?	N/A
	Riesce a svitare il tappo di una bottiglia d'acqua/bibita gassata rompendo il sigillo	0
	Riesce a scrivere 2 righe o usare la tastiera del computer	1
	Riesce a firmare o mandare sms o usare il telecomando	2
	Non riesce a usare le mani	3

<b>PUNTEGGIO TOTALE / 51</b>	
------------------------------	--

**Commenti qualora un item non fosse valutabile**  
**Chirurgia, per favore annotare data e tipo di chirurgia**

**Data d'inizio della ventilazione assistita e tipo**

**Altezza**

**Peso**

**FVC**

**FVC%**

**Brooke score**

