



Domande ai fini dell'accertamento della patologia del linguaggio:

È pregata/o di rispondere alle seguenti domande tracciando un cerchio attorno al "sì" o al "no":

1. Ora il Suo linguaggio *ha un suono diverso?*
Sì / No
2. La gente *ha difficoltà a capirLa quando parla?*
Sì / No
3. Lei ha difficoltà a *trovare le parole* che desidera dire?
Sì / No
4. Lei ha difficoltà a *esprimere le Sue idee* mentre parla agli altri?
Sì / No
5. Talvolta Lei *si confonde* quando gli altri Le parlano in italiano?
Sì / No
6. Lei *leggeva o scriveva spesso prima* di venire in ospedale?
Sì / No
7. Ora è *più difficile* per Lei *leggere o scrivere?*
Sì / No
8. Lei ha *difficoltà a masticare* il cibo?
Sì / No

Continua sul retro...

9. Non Le capita mai di *tossire mentre consuma* del cibo?
Sì / No
10. Ora Lei è costretta/o ad *evitare di consumare* alcuni tipi di cibo?
Sì / No
11. Lei ha difficoltà a *deglutire bevande?*
Sì / No
12. Lei *tossisce mentre beve?*
Sì / No
13. Lei ha avuto recenti *infezioni polmonari?*
Sì / No

La preghiamo di far pervenire questo modulo debitamente compilato a:
St Joseph's Hospital, Speech Pathology Outpatient Department,
PO Box 211, Regents Park NSW, 2143
Grazie della Sua collaborazione

Patologo del linguaggio

Data: