

**SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA  
(Modified Barthel Index)**

*(Shah S, Vanclay F, Cooper B: Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42(8): 703:709.*

<b>Funzione</b>	<b>Incapace di eseguire il compito</b>	<b>Tenta di eseguire il compito ma è insicuro</b>	<b>Richiesto aiuto moderato</b>	<b>Richiesto aiuto minimo</b>	<b>Totalmente indipendente</b>
Igiene personale	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Fare il bagno	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Nutrirsi	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Uso del gabinetto	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Salire e scendere le scale	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Vestirsi	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Controllo sfinterico (intestino)	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Controllo sfinterico (vescica)	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Camminare su una superficie piana	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Carrozzina	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
Trasferimento dalla sedia al letto e ritorno	0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>

**Punteggio totale:** \_\_\_\_\_

**NOME E COGNOME DEL PAZIENTE (iniziali):** \_\_\_\_\_

**DATA SOMMINISTRAZIONE:** \_\_\_\_\_