

# Child SCOAT6™



## Sport Concussion Assessment Tool

## Materiale Supplementare

## Per bambini tra gli 8 e i 12 anni

### Indice

Modulo	Pagina
<b>PACE</b> Questionario sull'Autoefficacia - Autovalutazione	2
Test di Corrispondenza Simbolo-Cifra	3
Ansia in età pediatrica - Modulo breve 8a	4
Sintomi di depressione in età pediatrica – Modulo breve 8a	5
Disturbi del sonno in età pediatrica – Modulo breve 4a	6
Compromissione dovuta ai disturbi del sonno in età pediatrica – Modulo breve 4a	7
Questionario sul comportamento di evitamento della paura nei bambini dopo Trauma Cranico (PFAB-TBI) – Report del bambino	8
Questionario sul comportamento di evitamento della paura nei bambini dopo Trauma Cranico (PFAB-TBI) – Report del genitore	9



Nome:  Data dell'esame:  Età:

Genere: Maschio  Femmina  Altro  Non dichiara

MR #:  Data di nascita:  Data dell'infortunio

Numero della visita (Cerchiare) 1 2 3 4 5 6

Somministrazione (cerchiare): Prima del colloquio Dopo il colloquio/Prima del test Dopo il test Dopo il Feedback

**Per favore, valuta quanto ti senti sicuro nel compiere le seguenti azioni in relazione alla tua cconcussione cerebrale..**

Valuta il tuo grado di fiducia nel riuscire a compiere le seguenti azioni in questo momento. Indicacelo scrivendo un numero da 0 (Non sono sicuro di poterlo fare) a 10 (Sono molto sicuro di poterlo fare) nella casella accanto a ciascuna affermazione, utilizzando la scala sottostante::

Non sono sicuro di poterlo fare	Credo di poterlo fare						Sono sicuro di poterlo fare			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

	Pratica: sono sicuro di...	Livello di fiduca 0-10
P1	poter sollevare un peso di 5 kg	
P2	Poter sollevare un peso di 115 kg	
Pensa al tuo recupero dalla concussion. Sono sicuro..		Livello di fiduca 0-10
1	che i miei sintomi non mi stressino.	
2	di poter identificare le fonti di stress nella mia vita, che influenzano il mio recupero.	
3	di poter controllare vari aspetti della mia vita, per permettere al mio cervello di guarire.	
Gestione della Scala di Stress / Media Totale =		$\sum 1-3=$ /3 =
4	So quando prendere pause e quando sforzarmi.	
5	So identificare quali lezioni o attività non aumentano i miei sintomi.	
6	So fermarmi dallo spingermi oltre i miei sintomi quando lavoro sui compiti scolastici	
7	So farmi valere in modo da poter prendere pause e gestire i sintomi.	
8	So trovare il giusto livello di attività affinché non sia nè troppo nè troppo poco.	
9	So pianificare dei momenti durante la giornata in cui ho bisogno di fare una pausa	
Gestione della Scala di Attività / Media Totale =		$\sum 4-9=$ /6 =
10	So rivolgermi ai miei insegnanti quando ho bisogno di aiuto per i miei sintomi a scuola	
11	So collaborare con i miei genitori o la scuola per creare un programma che sia gestibile.	
12	So aiutare i miei genitori, insegnanti o medici a sviluppare e adattare un piano per aiutarmi a stare meglio.	
13	So chiedere a un adulto di aiutarmi a trovare cose che mi fanno sentire meglio	
Scala di Richiesta di Assistenza Adulta / Media Totale =		$\sum 10-13=$ /4 =
14	Posso continuare a fare alcune cose che mi piacciono, anche se ho una commozione cerebrale.	
15	Mi immagino di ritornare alla mia vita normale..	
16	Posso dire che ora posso fare di più rispetto a quando mi sono infortunato.	
17	Riesco a rimanere positivo durante il periodo di recupero.	
Scala sul mantenimento di un atteggiamento positivo/ Media Totale		$\sum 14-17=$ /4 =
PACE-SE Punteggio Media e Totale =		$\sum =$ /4 =

Gioia et al. 2020 - Per favore non modificare senza il consenso degli autori



# Child SCOAT6™

## Test Simbolo-Cifra



Chiave:

÷	>	+	)	(	-	┌	┐	└
1	2	3	4	5	6	7	8	9

( ┌ ÷ ( ┌ > - ┐ ( > | - ( > ( -

┐ > ( - └ > ┌ ┐ ( - > ÷ ┐ ┌ )

┐ └ + ) ( ┌ + ┐ ) └ - ÷ ┌ ┐ +

- ┐ └ ( > ┐ ( └ > + ÷ ) ┌ > ┐

÷ └ ) ┌ > + ┐ └ - ┌ + ÷ - ) (

> ÷ + - ┌ > ┐ - ( + - └ > ) ┐

- ) + ÷ ┌ + ) └ ( - - ( ┐ ┌ >

└ - ( > ┐ - ( > ÷ + ┌ └ ┐ ) ÷



Per favore, rispondi a ciascuna domanda o affermazione segnando una casella per riga.

Negli ultimi 7 giorni...	Mai	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
Ho avuto la sensazione che potesse succedere qualcosa di terribile	1	2	3	4	5
Mi sono sentito/a nervoso/a	1	2	3	4	5
Mi sono sentito/a spaventato/a	1	2	3	4	5
Mi sono sentito/a preoccupato/	1	2	3	4	5
Mi sono sentito preoccupato/a quando ero a casa	1	2	3	4	5
Mi sono spaventato/a molto facilmente	1	2	3	4	5
Mi sono preoccupato/a per ciò che mi sarebbe potuto succedere	1	2	3	4	5
Mi sono sentito/a preoccupato/a a letto di notte	1	2	3	4	5

Punteggio Screening per l'Ansia:



Per favore, rispondi a ciascuna domanda o affermazione segnando una casella per riga.

Negli ultimi 7 giorni..	Mai	Quasi mai	Ogni tanto	Spesso	Quasi sempre
Non sono riuscito/a a smettere di sentirmi triste	1	2	3	4	5
Mi sono sentito/a solo/a	1	2	3	4	5
Mi è sembrato che qualsiasi cosa andasse male	1	2	3	4	5
Mi è sembrato di non riuscire a fare niente di giusto	1	2	3	4	5
Mi sono sentito/a isolato/a	1	2	3	4	5
Mi sono sentito/a triste	1	2	3	4	5
Mi sono sentito/a infelice	1	2	3	4	5
E' stato difficile per me riuscire a divertirmi	1	2	3	4	5

Punteggio Screening per la Depressione:



Per favore, rispondi a ciascuna domanda o affermazione segnando una casella per riga.

Negli ultimi 7 giorni..	Mai	Quasi mai	Ogni tanto	Spesso	Quasi sempre
Ho avuto difficoltà ad addormentarmi	1	2	3	4	5
Ho dormito durante la notte	1	2	3	4	5
Ho avuto problemi con il sonno	1	2	3	4	5
Ho avuto problemi ad addormentarmi	1	2	3	4	5

Punteggio per i Disturbi del Sonno:



Per favore, rispondi a ciascuna domanda o affermazione segnando una casella per riga.

Negli ultimi 7 giorni...	Mai	Quasi mai	Ogni tanto	Spesso	Quasi sempre
Mi sentivo assonnato durante la giornata	1	2	3	4	5
Ho fatto fatica a concentrarmi perchè assonnato	1	2	3	4	5
Ho avuto difficoltà a portare a termine quanto iniziato perchè ero assonnato	1	2	3	4	5
Ho avuto difficoltà durante la giornata perchè avevo riposato male	1	2	3	4	5

Punteggio scala dei disturbi correlati al sonno:

**Child SCOAT6™****Questionario sul comportamento di evitamento della paura pediatrico post trauma cranico (PFAB-TBI)**

Report del bambino	Completamente in disaccordo		Completamente d'accordo	
	0	1	2	3
1. Ho messo da parte alcuni aspetti della mia vita	0	1	2	3
2. Ho evitato le mie attività usuali	0	1	2	3
3. Non riesco a fare attività (che potrebbero) peggiorare i miei sintomi	0	1	2	3
4. I miei compiti scolastici potrebbero danneggiare il mio cervello	0	1	2	3
5. Non riesco a fare normalmente i miei compiti scolastici per i sintomi che ho	0	1	2	3
6. Il mio mal di testa mi fa pensare di avere qualcosa di pericolosamente sbagliato	0	1	2	3
7. Sono preoccupato che quando dovrò concentrarmi molto mi verrà mal di testa	0	1	2	3
8. Il mio mal di testa mette la mia testa e il mio cervello a rischio per il resto della mia vita	0	1	2	3
9. Evito di proposito le attività che potrebbero peggiorare il mal di testa	0	1	2	3
10. Ho paura che il mal di testa potrebbe peggiorare concentrandomi troppo o essendo mentalmente molto attivo	0	1	2	3
11. Non avrei così tanto male se non ci fosse qualcosa di potenzialmente pericoloso in atto nella mia testa	0	1	2	3
12. Evito ricordi di esperienze stressanti (per esempio persone, posti, conversazioni, attività, oggetti o situazioni)	0	1	2	3
13. Smetto di fare ciò che sto facendo quando peggiorano i sintomi	0	1	2	3
14. Se so che qualcosa fa peggiorare i miei sintomi non la faccio più	0	1	2	3
15. A causa dei miei sintomi la maggior parte dei giorni passo più tempo riposando che facendo attività	0	1	2	3
16. La maggior parte dei giorni i sintomi mi impediscono di fare molto	0	1	2	3

Comportamento di evitamento della paura: punteggio del bambino:



**Child SCOAT6™****Questionario sul comportamento di evitamento della paura pediatrico post trauma cranico (PFAB-TBI)**

Report del genitore	Completament e in disaccordo		Completamente d'accordo	
	0	1	2	3
1. Mio/a figlio/a ha messo da parte alcuni aspetti della sua vita	0	1	2	3
2. Mio/a figlio/a ha evitato le attività usuali	0	1	2	3
3. Mio/a figlio/a non riesce più a fare le attività che potrebbero rendere i suoi sintomi peggiori	0	1	2	3
4. I compiti scolastici di mio/a figlio/a potrebbero danneggiare il suo cervello	0	1	2	3
5. Mio figlio/mia figlia non dovrebbe svolgere i normali compiti scolastici con i sintomi attuali.	0	1	2	3
6. Il mal di testa di mio figlio/mia figlia mi fa pensare che ci sia qualcosa di pericolosamente sbagliato.	0	1	2	3
7. Mio figlio/mia figlia teme che, quando deve pensare o concentrarsi troppo, possa venirgli mal di testa.	0	1	2	3
8. Il mal di testa di mio figlio/mia figlia mette a rischio la sua testa e il suo cervello per il resto della vita	0	1	2	3
9. Mio figlio/mia figlia evita intenzionalmente di svolgere attività che potrebbero provocare mal di testa	0	1	2	3
10. Mio figlio/mia figlia ha paura che il mal di testa possa aumentare concentrandosi troppo o essendo troppo attivo/a mentalmente	0	1	2	3
11. Mio figlio/mia figlia non avrebbe così tanto dolore se non ci fosse qualcosa di potenzialmente pericoloso nella sua testa.	0	1	2	3
12. Mio figlio/mia figlia evita ricordi di esperienze stressanti (ad esempio, persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti o situazioni).	0	1	2	3
13. Mio figlio/mia figlia smette di fare quello che sta facendo quando i sintomi iniziano a peggiorare.	0	1	2	3
14. Se mio figlio/mia figlia sa che qualcosa peggiora i suoi sintomi, non la fa più.	0	1	2	3
15. A causa dei sintomi mio figlio/mia figlia, la maggior parte dei giorni trascorre più tempo riposando che facendo attività	0	1	2	3
16. La maggior parte dei giorni, i sintomi di mio figlio/mia figlia gli/le impediscono di fare molto	0	1	2	3

Comportamento di evitamento della paura: punteggio del genitore: