

EDRA TEST

*Existential Dynamic Relational Aspects
Test for Forensic Doctors to evaluate personal and existential injury*

TEST SPECIALISTICO MEDICO-LEGALE

**per la valutazione personalizzata della componente esistenziale e
dinamico-relazionale del danno alla persona**

EDRA

*Existential Dynamic Relational Aspects
Test for Forensic Doctors to evaluate personal and existential injury*

TEST SPECIALISTICO MEDICO-LEGALE

**per la valutazione personalizzata della componente esistenziale e
dinamico-relazionale del danno alla persona**

Premesse ed istruzioni per la compilazione:

- Il test medico-legale viene compilato autonomamente dal danneggiato prima della visita medica.

- Le informazioni raccolte con il test saranno considerate strettamente riservate ed utilizzate esclusivamente per la presente indagine peritale, finalizzata ad evidenziare tutti i riflessi dell'evento lesivo sulla vita del danneggiato, per fornire strumenti valutativi idonei al Medico Legale ed al Magistrato.

- Le risposte dovranno essere assolutamente obiettive e realistiche, in caso contrario verrà falsata la metodologia di valutazione a discapito di un corretto inquadramento medico-legale del danno.

- La risposta può essere effettuata barrando una casella fra le opzioni presenti, oppure formulando una diversa indicazione, in ogni caso facendo esclusivo riferimento alle eventuali conseguenze ritenute connesse all'evento lesivo.

I quesiti vengono posti in modo estremamente semplificato nella loro formulazione, in modo da permettere ad ogni periziando risposte autonome e senza difficoltà di comprensione.

GENERALITÀ DELLA PERSONA

Nome e cognome _____

Nascita e Residenza _____

Documento di Identificazione: _____

Occupazione _____

Evento lesivo del giorno _____

In passato ha sofferto di malattie o ha patito altri incidenti od infortuni?

Se si, indicare quali e quando

Indicare se in seguito all'evento ha difficoltà, ed in caso di risposta affermativa in quale misura, nel compiere gli atti connessi alle funzioni descritte, barrando l'opzione prescelta.

1) HA DIFFICOLTÀ AD ESEGUIRE CORRETTAMENTE I MOVIMENTI DEL PROPRIO CORPO?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es.: camminare, correre, in piedi, seduto, chinato, sdraiato, inginocchiato, uso delle mani, uso delle braccia, uso di scale)

2) HA DISTURBI SFINTERICI?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(inerenti l'apparato gastroenterico e/o l'apparato urinario)

3) HA DISTURBI DELLA SFERA SESSUALE?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

4) HA DISTURBI DEL SONNO?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

5) HA DIFFICOLTÀ NELL'USO DEI MEZZI DI TRASPORTO?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es.: autovettura, motoveicolo, bicicletta, autobus, aereo, nave, treno)

6) HA PROBLEMI NELLO SVOLGIMENTO ABITUALE DEL SUO LAVORO?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es: Se l'evento ha inciso negativamente ne indichi i motivi ed in che misura, Quali movimenti, gestualità, posture, atti ed azioni abitudinarie ritiene abbiano subito una qualche influenza o modifica a causa dell'incidente occorso?)

7) HA DIFFICOLTÀ A SVOLGERE LE SUE ABITUDINARIE ATTIVITÀ IN AMBITO FAMILIARE?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es: pulizia e cura della casa, uso elettrodomestici, fare la spesa, cucinare, lavare, stirare, spolverare, cucire, ricamare e lavorare a maglia, accudire figli, accudire anziani, accudire l'orto, accudire animali, ora ha bisogno di aiuto?, ora ha difficoltà ad aiutare gli altri nella conduzione familiare?)

8) È IN GRADO DI PARTECIPARE AD ATTIVITÀ CULTURALI O RELIGIOSE (se partecipate in precedenza)?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es: volontariato, attività culturali, spirituali e religiose)

9) È IN GRADO DI SVOLGERE LE SUE ABITUALI ATTIVITÀ SPORTIVE?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es.: calcio, pallacanestro, tennis, golf, pallavolo, palestra, nuoto, sci, caccia, equitazione, barca e natanti, arti marziali)

10) È IN GRADO DI IMPEGNARSI COME SEMPRE NEGLI HOBBIES E NELLE ATTIVITÀ RICREATIVE IN GENERE?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es.: cinema e/o teatro, mostre e/o musei, bar, discoteche e sale da ballo, televisione, giornali, radio e hi-fi, uso di strumenti musicali, cantare, ballare, uso del telefono, uso del computer, viaggi e/o vacanze, giardinaggio, giochi come carte, biliardo, bocce)

11) HA PROBLEMI NELL'ALIMENTARSI?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es: scelta degli alimenti, bere, mangiare, cibi caldi, cibi freddi, masticare, deglutire)

12) È PREOCCUPATO PER LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es: è preoccupato per le conseguenze del trauma?, è ansioso?, è depresso?, è mutato il suo carattere?, l'emotività è cambiata (ridere, piangere)?, si sente diverso?, sono mutati i rapporti con gli altri?, ha paura, timore o qualche difficoltà ad usare i mezzi di trasporto (in particolare simili a quello l'ha coinvolta nell'incidente)?)

13) DOPO IL TRAUMA SUBITO SI VEDE DIVERSO?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es: immagine (si vede diverso), trucco (difficoltà od impossibilità), esposizione al sole, se non riesce a nascondere eventuali difetti indichi in che misura?, in caso di cicatrici, ha dei problemi?)

14) IL TRAUMA SUBITO HA PROVOCATO CAMBIAMENTI NEL SUO STILE DI VITA?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

(ad Es: vestirsi, indossare calzature, biancheria intima, cinture, borse e zaini, copricapi, occhiali, orologio, articoli oreficeria e/o bigiotteria, indumenti vari).

Le conseguenze di passate malattie od incidenti influiscono sulla sua vita attuale?

Sa indicare il motivo per cui sta rispondendo al presente questionario? _____

Note personali aggiuntive _____

È disponibile ad una eventuale ulteriore verifica a distanza con il presente test medico-legale _____

Tempo di compilazione _____

Il sottoscritto si assume la responsabilità in ordine al contenuto sostanziale e formale delle dichiarazioni rilasciate e contenute nell'Edra Test e nella documentazione prodotta anche sanitaria.

L'Edra Test viene direttamente consegnato al medico legale per le finalità dell'indagine peritale, autorizzandolo ad allegarlo alla relazione specialistica.

Luogo e Data _____

Firma _____

Il medico-legale per presa visione _____