

## TEST DELL'ACQUA

REPARTO/STRUTTURA: _____				
-				
<b>DATI PAZIENTE</b>				
Cognome:			Nome:	
Data di nascita / /	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Nosologico:	
<b>TEST DELL' ACQUA</b>				
	<i>Prova dei 3 cucchiaini</i>		<i>Prova dei 50 ml</i>	
	SI	NO	SI	NO
<b>Tosse</b>				
<b>Voce gorgogliante</b>				
<b>Rigurgiti nasali</b>				
<b>Tentativi ripetuti di deglutizione</b>				
<b>Deglutizione assente</b>				
<b>Desaturazione</b>				
<p><b>N.B. In caso di 1 o più segni di disfagia alla prova dei 3 cucchiaini sospendere il test.</b></p> <p><b>Se segni assenti procedere con la prova dei 50 ml.</b></p>				