



**SOCIETÀ  
ITALIANA DI  
GERONTOLOGIA E  
GERIATRIA**

Via G.C. Vanini 5 - 50129 Firenze  
Tel. 055 474330 - Fax 055 461217  
*http://www.sigg.it - E-mail: sigg@sigg.it*

**RICHIESTA PARTECIPAZIONE PROGETTO ReGAI**

Denominazione della struttura: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- La sua U.O. appartiene alla Rete dei Servizi Geriatrici? Si  No
- La sua U.O. è in grado di sviluppare compiutamente l'iter diagnostico per la diagnosi della demenza nell'anziano? Si  No
- In particolare:
  - a) batteria testistica psicometrica (specificare quale)  
.....
  - b) valutazione neuroradiologica TC  RMN
  - c) l'indagine neuroradiologica viene eseguita routinariamente? Si  No
- Tale attività diagnostica è utilizzata dal medico di base attraverso il sistema di prenotazione del SSN? Si  No
- Utilizza una cartella neurogeriatrica (o un percorso diagnostico strutturato specifico)? Si  No
- I dati raccolti sono conservati con metodologia informatica? Si  No
- La sua U.O. è collegata via INTERNET? Si  No
- Ha rapporti con associazioni (es. Federazione Alzheimer Italia, AIMA, etc.)? Si  No
- Quale?  
.....
- E' disponibile a partecipare al progetto Rete Geriatrica Alzheimer (ReGAI) Si  No

**Generalità richiedente:**

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile  
.....