

Questionario su effetti secondari ed eventi avversi conseguenti a TMS

Il questionario è disegnato per essere compilato da parte dello sperimentatore alla fine di ogni sessione con TMS

Sezione 1- Informazioni generali relative al partecipante

Da compilare solo per la prima sessione sperimentale

Data __/__/__

Laboratorio (ID) _____ Studio (ID) (specificare un codice univoco per lo studio) _____

Sperimentatore (ID) _____ Partecipante (ID) (specificare un codice univoco per il partecipante) _____ Gruppo sperimentale (se applicabile): Paziente Partecipante sano

Sesso: F M Manualità _____

Data di nascita __/__/__ Presenza di disturbi neurologici/psichiatrici/ cardiovascolari/altro: pregresse attuali specificare _____

- Hai partecipato ad esperimenti con TMS (o altre NIBS) in passato? Si No Se sì, quante sessioni erano previste? _____ Qual era la durata della stimolazione? _____ Quanti anni sono passati dalla tua partecipazione al precedente esperimento? _____
- Hai mai perso conoscenza? Se sì, quante volte nell'ultimo anno? Riusciresti a spiegare brevemente la motivazione? _____
- Assumi sostanze alcoliche? Si No Se sì, con quale frequenza? _____
- Sei un fumatore? Si No quante sigarette fumi in media al giorno? _____

Da compilare solo per pazienti

Per quale disturbo si sta utilizzando la TMS? _____

Sono presenti altri disturbi oltre a quello per cui è utilizzata la TMS? _____

Dopo la stimolazione, si sono verificate delle riduzioni/esacerbazioni dei sintomi? Se sì, descrivili _____

Sezione II- Informazioni specifiche del partecipante

Da compilare prima di ogni sessione sperimentale

Condizione sperimentale _____ Partecipante (ID) _____ Studio (ID) _____

Data __/__/__

- Quante ore hai dormito stanotte? _____, Come giudichi la qualità del tuo sonno? scarsa inadeguata buona
- Ti senti abbastanza riposato? Si No
- Data dell'ultima mestruazione (se applicabile) _____ Assumi contraccettivi? _____
- Hai assunto alcolici negli ultimi due giorni? _____, Se sì, quali (superalcolici, vino, etc..)? _____ quanto (specifica l'unità di misura)? _____, nell'ultimo giorno? _____
- Quante sigarette hai fumato nelle ultime 24 h? _____
- Quanti caffè hai bevuto nelle ultime 24 h? _____ Quanti caffè bevi in media al giorno? _____
- Stai assumendo dei farmaci? _____ Se sì, quali? _____ L'ultima volta che li hai assunti? _____
- Utilizzi altre sostanze? _____, Se sì, quali? _____ Quante volte le hai assunte nelle ultime 24 h? _____, Quante volte nell'ultimo anno, approssimativamente? _____
- Giochi ai videogiochi? _____ Se sì, quante ore al giorno? _____

Sezione III- Protocollo sperimentale

Se l'esperimento prevede una sola sessione o nel caso in cui lo stesso protocollo TMS fosse applicato in ogni sessione (per es. nel caso di un trattamento), questa sezione dovrebbe essere compilata solo per la prima sessione. Per favore, completa questa parte tutte le volte in cui i parametri di stimolazione sono diversi da quelli usati nella prima sessione.

Partecipante (ID) _____ Studio (ID) _____ Data ___ / ___ / ___

Tipo di esperimento: Trattamento Singola sessione Sessioni multiple

Nel caso di sessioni multiple o trattamento: Numero della sessione attuale _____ Numero totale di sessioni previste _____ Ore/giorni trascorsi tra questa sessione e le sessioni precedenti _____

Protocollo

Stimolatore TMS (nome) _____ TMS monofasica TMS bifasica

Stimolazione online Stimolazione offline

Coil/codice _____: coil a farfalle coil doppio cono circolare H coil

Parametri:

Impulso singolo rTMS patterned TMS Paired-TMS altro (specificare) _____

Numero di impulsi _____ Frequenza _____ (intervallo tra gli impulsi) numero di treni _____ intervallo

tra i treni _____ intensità _____ (% dell'output massimo dello stimolatore) durata totale _____ curva di

Input/output Intensità (%) _____; Numero di impulsi per ciascuna intensità _____;

Tipo di soglia: PEM / Contrazione Soglia motoria attiva nella mano dominante Soglia motoria a riposo nella mano dominante fosfeni Altro (specificare) _____ Intensità _____

(specificare la % dell'intensità della soglia motoria/fosfeni) E' stato valutato il campo elettrico generato dalla TMS? Se si, specificare in che modo _____ Cuffie rumore bianco

La sessione è stata interrotta prima di averla completata? Se si, perchè?

Sito di stimolazione (seleziona uno o più siti)

Frontale Temporale Parietale Occipitale Vertice Cervelletto

Sinistra Destra Linea mediana

Specificare la posizione esatta del coil (e il sistema di coordinate) sullo scalpo _____

Come è stata individuata la posizione esatta? MRI individuale Template MRI sistema 10/20

PEM Fosfeni altro (specificare): _____

LA TMS è stata preceduta contemporanea a seguita da altre NIBS (e.g., tDCS, tACS) _____

LA TMS è stata preceduta seguita contemporanea a Elettroencefalogramma Risonanza magnetica Compito sperimentale Altro (specificare) _____

- Queste sensazioni (quando applicabile): 1. Hanno migliorato la tua performance ; 2. Hanno peggiorato la performance ; 3. Non hanno influenzato la performance Se si, quanto? Poco considerevolmente molto moltissimo
- In generale la tua performance è migliorata peggiorata non è cambiata in seguito alla stimolazione
- (solo per i pazienti) Ci sono stati cambiamenti farmacologici tra le sessioni o negli ultimi giorni? _____

Opzionale

- Secondo te hai ricevuto una stimolazione reale o placebo? Reale Placebo Non saprei
- Credi che in una delle sessioni hai ricevuto una stimolazione placebo? _____, Se si in quale sessione? _____

Sezione V- Eventi avversi gravi
--

Da compilare solo in caso di eventi avversi gravi

Per favore, riporta qualsiasi evento avverso (EA)/ problema (es., vertigini, crisi epilettica, parestesia, sincope, insonnia, ansia o altro, per favore specificare) che si è verificato e assegna un punteggio su una scala da 1 (lieve) a 4 (grave). Se possibile specifica anche la frequenza (quante volte/h).

Se disponibile, riporta la pressione sanguigna _____ e il battito cardiaco _____ dopo l'EA.

Note:
