



Modulo di valutazione prima visita

La preghiamo di stampare e compilare questo modulo prima di effettuare la vostra visita specialistica e consegnarlo al vostro arrivo al personale di segreteria

Data di compilazione _____

Nome e Cognome _____

Data di nascita _____ Età _____ Telefono _____

Lavoro _____

Medico di base (Nome, Città) _____

Dov'è il vostro problema?

- Spalla Ginocchio Gomito Mano/Polso
 Anca Collo Piede/Caviglia Schiena Altro

Quanto è grave il dolore? (0 = nessuno, 10 = dolore intenso)

A riposo: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In attività: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Su quale lato si manifesta?

- Destra Sinistra Entrambi

Avete dolore durante la notte?

- Sì No

Riuscite a dormire?

- Sì No

Qual è l'arto dominante?

- Destro Sinistro

Quali sono i sintomi?

- Dolore Debolezza Instabilità/cedimenti Lussazioni
 Rigidità Gonfiore Altro

Attualmente lavorate?

- Si No Pensionato

Lavorate normalmente o in modo limitato?

- Normalmente Limitato

Cosa ha causato il vostro problema?

- Nessun incidente, ho solo avvertito dolore Sport Incidente stradale
 Lavoro Altro _____

Cosa migliora il vostro problema?

Cosa peggiora il vostro problema?

Data della lesione (o dell'apparizione dei sintomi) _____

Descrivete i vostri attuali limiti

Da quanto durano i sintomi?

_____ Giorni _____ Mesi _____ Anni

Avete eseguito esami per immagini?

- RX Risonanza Tac

Data _____ Data _____ Data _____

Descrivete brevemente la lesione di cui soffrite

Sareste disposto/a ad un intervento chirurgico per risolvere il problema?

- Si No Non so

Diagnosi (se ne siete a conoscenza)

Siete allergico/a a farmaci? Si No

Quali? _____

Trattamenti effettuati in precedenza? (chirurgia, farmaci, fisioterapia, iniezioni, tutori)

(In caso di intervento chirurgico indicare tipo e data, se noti)

Altri familiari hanno manifestato lo stesso problema? Si No

Anamnesi (avete presentato o presentate disturbi del genere?)

Problemi cardiaci Si No

Ulcera/gastrite Si No

Diabete Si No

Problemi epatici Si No

Malattie renali Si No

Problemi di coagulazione Si No

Epatite Si No

Tumore Si No

Siete un fumatore? Si No