

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 o inviarlo via mail all'indirizzo

Nome: _____ Data: _____

Data di nascita: _____ Telefono _____ Età: _____

Lavoro: _____ Medico di Base, Nome/Città: _____

Dov'è il vostro problema?

- Spalla Ginocchio
 Gomito Mano o Polso
 Anca Piede e caviglia
 collo Schiena altro

Quanto è grave il dolore?

(0 = nessuno, 10 = dolore intenso)

A riposo? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
In attività? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Lato?

- Destra Sinistra Entrambi

Avete dolore durante la notte?

- Sì
 No

Qual l'arto dominante?

- Destro Sinistro

Riuscite a dormire?

- Sì
 No

Quali sono i sintomi:

- Dolore
 Debolezza
 Instabilità/cedimenti
 Lussazioni
 Rigidità
 Gonfiore
 Altro

Attualmente lavorate?

- Sì
 No
 Pensionato
 Lavoro normale?
 Lavoro limitato?

Cosa ha causato il vostro problema?

- Nessun incidente –
ho avvertito solo dolore
 Sport
 Incidente automobilistico
 Lavoro

Cosa migliora il vostro problema?

Livello di sport

- Nessuno Dilettante
 Agonistico Professionista

Cosa peggiora il vostro problema?

Data della lesione:

Descrivete i vostri attuali limiti:

Da quando Durano i sintomi?

Giorni: Mesi: Anni:

**Avete
eseguito
esami per
immagini?**

- RX? Data:
 Risonanza Data:
 Tac Data:

**Descrivete
Brevemente la
lesione di cui
soffrite**

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

- No
 Si
 Non so

Diagnosi (se ne siete a conoscenza)

**Siete
allergico/a a
farmaci?**

- Si
 No

Quali? _____

**Trattamenti
effettuati in
precedenza?**

(Oltre alla chirurgia,
farmaci, fisioterapia,
iniezioni, tutori) _____

**Altri familiari hanno
manifestato lo stesso
problema?**

- Si
 No

Avete effettuato un intervento chirurgico per lo stesso problema? (indicare tipo e data se conosciuti)

Anamnesi:

- Problemi cardiaci?** Si No
Ulcera/gastrite? Si No
Diabete? Si No
Problemi epatici? Si No
Malattie renali? Si No

Problemi di coagulazione del sangue?

- Si No
Epatite? Si No
Tumore? Si No
Fumatore? Si No