

## 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 \_\_\_\_\_ Et : \_\_\_\_\_

Lavoro: \_\_\_\_\_ Medico di Base, Nome/Citt : \_\_\_\_\_

Dov'  il vostro problema?

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

Quanto   grave il dolore?

(0 = nessuno, 10 = dolore intenso)

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

Lato?

- Destra       Sinistra       Entrambi

Avete dolore durante la notte?

- S   
 No

Qual l'arto dominante?

- Destro       Sinistro

Riuscite a dormire?

- S   
 No

Quali sono i sintomi:

- Dolore  
 Debolezza  
 Instabilit /cedimenti  
 Lussazioni  
 Rigidit   
 Gonfiore  
 Altro

Attualmente lavorate?

- S   
 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