

NOME E COGNOME: \_\_\_\_\_

**Compilare con la massima attenzione il seguente questionario**

La invitiamo inoltre a lasciarci in visione la documentazione radiologica, la descrizione dell'intervento/i subito/i e il certificato rilasciato dallo specialista ortopedico (tutti elementi di fondamentale importanza per una corretta interpretazione diagnostica).

•Vi sono stati traumi?

Passati (indichi la data e l'accaduto).....  
 .....

Recenti (indichi la data dell'accaduto).....  
 .....

•Che tipo di cure sono state effettuate?

Antinfiammatori, antidolorifici o antibiotici).....

Ionoforesi, ultrasuoni o altro.....

Bendaggio o gesso.....per quanti giorni?.....

Ha utilizzato le stampelle?.....per quanti giorni?.....

•Ha subito interventi chirurgici?

Artroscopia.....o artrotomia (con il classico taglio) .....

Quando è stato effettuato l'intervento?.....

Se non ha con se o avesse smarrito il foglio descrittivo dell'intervento, descriva cosa le è stato fatto.....  
 .....  
 .....  
 .....

Ci sono state complicanze (infezioni) post- intervento?  SI  NO

Ha effettuato precedenti esami radiologici?

Radiografie  SI  NO

Ecografie  SI  NO

TAC  SI  NO

Risonanza Magnetica  SI  NO

SINTOMI:

Ha dolore?  SI  NO

Il dolore è: all'interno  all'esterno   
 dietro  davanti

La caviglia si è gonfiata?  SI  NO

Cammina con difficoltà?  SI  NO

Ha cedimenti improvvisi per minime irregolarità del terreno?  SI  NO

Data: \_\_\_\_\_

Firma .....