

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).

SINTOMI:

- | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Ha dolore a riposo? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| Ha dolore durante il movimento? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | |
| Se si da quando è insorto ad oggi il dolore è: | aumentato <input type="checkbox"/> | diminuito <input type="checkbox"/> | uguale <input type="checkbox"/> |
| Ricorda traumi, distorsioni, cadute | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | se si: Data |
| Ha mai avuto fratture? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | se si: Data |
| Ha mai avuto interventi chirurgici? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | se si: Data |

se si indichi cosa le è stato fatto e alleggi il foglio delle dimissioni dall'ospedale
.....
.....

• E' stato/a visitato/a da uno specialista ortopedico? **SI** **NO**

Se si, consegnì all'operatore la prescrizione dell'ortopedico prima dell'esame

•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 <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Ha effettuato precedenti esami radiologici? | | |
| Radiografie | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Ecografie | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| TAC | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Data: _____

Firma