

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).....

Si è verificata una o più lussazione? (per lussazione si intende la spalla che "esce dalla sua normale sede e rimane fuori posto) SI NO

- Si è verificata più di una lussazione può indicarci quanti episodi e in che anni?.....

- Quanti episodi di lussazione si sono verificati nell'ultimo anno?
- Da quanto tempo ha problemi o dolore alla spalla: giorni, mesi o anni?
- Che tipo di cure sono state effettuate?

Antinfiammatori, antidolorifici o antibiotici).....
 Ionoforesi, ultrasuoni o altro.....

Bendaggio o gesso.....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 (es: mi hanno ricostruito la cuffia dei rotatori, mi hanno messo una vite per rendere più stabile la spalla che andava spesso fuori posto ecc.)

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 quando muove la spalla? SI NO

Ha dolore anche di notte? SI NO

Quali di questi movimenti esegue con dolore:

 Pettinarsi SI NO

 Portare il braccio dietro la schiena SI NO

 Prendere un oggetto al di sopra della testa SI NO

Data: _____

Firma