

Cognome.....

Nome.....

Data.....

Questionario per Check Up MUSCOLO-OSTEO-ARTICOLARE

ARTICOLAZIONE O SEGMENTO ESAMINATO:	NOTE GENERALI DI ANAMNESI
<p><i>Arto Superiore:</i></p> <p><input type="checkbox"/> SPALLA</p> <p><input type="checkbox"/> BRACCIO</p> <p><input type="checkbox"/> GOMITO</p> <p><input type="checkbox"/> AVAMBRACCIO</p> <p><input type="checkbox"/> POLSO</p> <p><input type="checkbox"/> MANO</p> <p><input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sin</p>	<p><input type="checkbox"/> Quale è il motivo specifico per cui viene eseguito l'esame?</p> <p><input type="checkbox"/> Interventi chirurgici alla regione da esaminare?</p> <p><input type="checkbox"/> Interventi chirurgici alla parti anatomiche limitrofe?</p> <p><input type="checkbox"/> Traumi recenti da:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> caduta</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> trauma sportivo</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> incidenti</p> <p><input type="checkbox"/> Traumi di vecchia data?</p> <p><input type="checkbox"/> Sensazione di instabilità o cedimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Avverte scatti o schiocchi?</p> <p><input type="checkbox"/> Rigidità articolare?</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> con blocco</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> senza blocco</p> <p><input type="checkbox"/> Insorgenza del dolore:</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> acuta</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> cronica</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> mattutina</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> notturna</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> a riposo</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> durante l'attività o movimento</p> <p><input type="checkbox"/> Intorpidimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Formicolii?</p> <p><input type="checkbox"/> Senso di pesantezza?</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza di tumefazioni diffuse o localizzate all'articolazione o nelle parti molli da esaminare?</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> dopo trauma</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> senza trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Sintomi insorti da: Giorni Settimane Anni</p>
<p><i>Arto Inferiore:</i></p> <p><input type="checkbox"/> ANCA</p> <p><input type="checkbox"/> COSCIA</p> <p><input type="checkbox"/> GINOCCHIO</p> <p><input type="checkbox"/> GAMBA</p> <p><input type="checkbox"/> CAVIGLIA</p> <p><input type="checkbox"/> PIEDE</p> <p><input type="checkbox"/> Dx <input type="checkbox"/> Sin</p>	
<p><i>Riguardo ai disturbi riferiti ha effettuato?:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Cure Fisiatriche</p> <p><input type="checkbox"/> Visita Ortopedica</p> <p><input type="checkbox"/> Visita Fisiatrica</p> <p><input type="checkbox"/> Esami Radiografici</p> <p><input type="checkbox"/> Ecografia</p> <p><input type="checkbox"/> Risonanza Magnetica</p> <p><input type="checkbox"/> EMG & elettromiografia)</p> <p><input type="checkbox"/> Terapie Farmacologiche</p> <p><input type="checkbox"/> Esami del Sangue</p>	

Firma del Paziente