Questionario sul decorso dopo un trauma da accelerazione cranio-cervicale

a completamento del modulo di documentazione per la prima consultazione dopo un trauma da accelerazione cranio-cervicale

Il presente questionario deve essere compilato solo su espressa richiesta dell’assicuratore. Si prega di rispondere a tutte le domande!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° d’infortunio / d’assicurato / di riferimento / di sinistro | |  |
| Compagnia di assicurazioni |  | |

|  |
| --- |
| 1 | Compagnia di assicurazioni |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  |  | Nome |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data di nascita (gg. mm. aaaa) | |  | | | Donna  Uomo | |
| **Momento dell’infortunio** | Data |  | | | Ora |  |
| **Prima visita** | Data |  | | | Ora |  |
| **Trattamento successivo presso** | | | Nome |  | | | |
|  | | | Luogo |  | | | |

|  |
| --- |
| 2 | Indicazioni del paziente relative ai disturbi dal momento della compilazione  del modulo di documentazione per prima consultazione (allegato) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **no** | **sì, subito** | **sì, dopo … ore** (inserire numero di ore) | **raccontato spontaneamente** | **su domanda** | **intensità del dolore** 0 = nessun dolore 10 = dolore   insopportabile | **irradiazione del dolore?**  dove? |
| **Dolori alla testa** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dolori alla nuca** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vertigini** |  |  |  |  |  |  | |
| **Nausea** |  |  |  |  |  |
| **Vomito** |  |  |  |  |  |
| **Disturbi dell’udito** |  |  |  |  |  |
| **Disturbi della vista** |  |  |  |  |  |
| **Disturbi del sonno** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Altri sintomi** | no  sì, da |  | |  |
|  |  | |  |  |
|  | Quali? | | | |
|  |
|  |
|  |  | | | |
| **Altri sintomi sono stati** | descritti spontaneamente  descritti su richiesta | | | |
| **In caso di disturbi preesistenti che richiedevano un trattamento prima dell’infortunio:  Decorso dal momento dell’infortunio** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Testa** (incl. emicrania) | stabile  peggiorato  migliorato |
| **Nuca** | stabile  peggiorato  migliorato |
| **Schiena** | stabile  peggiorato  migliorato |
| **Occhi** | stabile  peggiorato  migliorato |
| **Udito** | stabile  peggiorato  migliorato |
| **Psiche** | stabile  peggiorato  migliorato |
| **Altri, ovvero:** |  |
|  | stabile  peggiorato  migliorato |
| 3 | Reperto medico | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Altezza** |  | **Peso** |  |

|  |
| --- |
| **a) Dolori / Mobilità della colonna cervicale (movimenti attivi, eseguiti dal paziente)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Mobilità** | | | | | **Dolore** | |
| no | sì |
| **Flessione** | Distanza tra sterno e mento |  | | cm | |  |  |
| **Estensione** | Distanza tra sterno e mento |  | | cm | |  |  |
| **Rotazione a destra** |  |  | | gradi | |  |  |
| **Rotazione a sinistra** |  |  | | gradi | |  |  |
| **Inclinazione laterale a destra** |  |  | | gradi | |  |  |
| **Inclinazione laterale a sinistra** |  |  | | gradi | |  |  |
| **Dolore alla  digitopressione** | no | | | | Lokalisation_gruen | | |
| sì. Tracciare la /le localizzazione / i nello schizzo: | | | |
|  | Osservazioni: | | | |
|  |
|  |
|  |
| **Dolori a riposo** | No  sì | | | |  | | |
| **Dolore alla compressione** | No  sì, senza irradiazione | | | |  | | |
|  | sì, con irradiazione. Dove? | |  | | | | |
| **b) Dolore / Limitazione delle funzioni presso altre localizzazioni** | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| no  sì, ovvero: |  |

|  |
| --- |
| **c) Esame neurologico** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Riflessi tendinei** | normali | patologici. Quali? | | |  |
| **Forza muscolare** | normale | paresi. Quali? | |  | |
| **Parestesie** | no | sì. Quali? |  | | |
| **Deficit dalla sensibilità** | no | sì. Quali? |  | | |
| **Test di Romberg** | stabile | oscillante  Piegamento a destra  Piegamento a sinistra | | | |
| **Test di Unterberger** | normale | patologico verso destra  patologico verso sinistra | | | |
|  | Definizione di patologico = scostamento di oltre 45° dopo 50 passi | | | | |
| **Altri reperti neurologici patologici (ad es. nervi cranici):** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |

|  |
| --- |
| **d) Esami radiologici** |

|  |  |
| --- | --- |
| no  sì, ovvero: |  |

|  |
| --- |
| **e) Altre osservazioni o evidenze (anche psichiche)** |

|  |  |
| --- | --- |
| no  sì, ovvero: |  |

|  |
| --- |
| 4 | Tendenza al miglioramento |

|  |  |
| --- | --- |
| **Si evidenzia un miglioramento?**  no  limitato  notevole | |
| **Al momento attuale il decorso differisce da quanto previsto nella prima consultazione?** | |
| no  sì, motivazione: |  |

|  |
| --- |
| 5 | Diagnosi attuale |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Grado** | **Presentazione clinica** |
|  | 0 | Nessun disturbo alla nuca, nessun reperto somatico |
|  | I | Disturbi alla nuca con dolori, sensazione di rigidità oppure solo dolore, nessun reperto   somatico, mobilità normale |
|  | II | Disturbi alla nuca e reperti muscoloscheletrici (inclusi mobilità ridotta e dolori puntuali   alla pressione in punti specifici inclusi) |
|  | III | Disturbi alla nuca e reperti neurologici (inclusi riflessi neuromuscolari ridotti o mancanti,   debolezza muscolare e alterazioni della sensibilità) |
|  | IV | Disturbi alla nuca e frattura o dislocazione |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnosi differenziale\*: |  |
| Ulteriore diagnosi: |  |
| Ulteriore / i accertamento / i : |  |
| *\* corrisponde alle richieste /disposizioni ai sensi della decisione del Tribunale Federale DTF 134 V 109* | |

|  |
| --- |
| 6 | Terapia / Provvedimenti prescritti |

|  |  |
| --- | --- |
| Nessuna terapia | Analgesici (paracetamolo e simili) |
| FANS topica | Oppioidi |
| FANS sistemica | Fisioterapia attiva |
| Altri provvedimenti, ovvero: |  |

**Esistono aspetti medici a cui si dovrebbe prestare particolare attenzione all’atto dell’inserimento?**

|  |
| --- |
|  |

**Esistono validi motivi dal punto di vista medico, che sconsigliano una notifica all’AI per il rilevamento tempestivo?**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 7 | Capacità lavorativa |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| attività professionale attuale: |  | grado d’occupazione: |  | % |
| con sforzo fisico  parzialmente con sforzo fisico  senza sforzo fisico (lavoro d’ufficio) | | | | |

|  |
| --- |
| **Condizioni psicosociali / socioculturali** |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacità lavorativa** | dal |  | al |  |
| Intensità di lavoro esigibile (in percentuale della normale intensità) | | | |  |
| Presenza esigibile in ditta ( in ore al giorno) | | | |  |
| In caso di capacità lavorativa parziale: si può prevere un ulteriore  miglioramento della capacità lavorativa? | | | |  |
| Il / la paziente ha tentato di lavorare? | | | |  |
| **Prossima valutazione dell’incapacità lavorativa:** data (gg. mm. aaaa) | | | |  |

|  |
| --- |
| 8 | Altre osservazioni |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo / data: |  |
|  |  |
| Timbro / firma: |  |

Il presente modulo può essere fatturato a CHF 130.–.  
Associazione Svizzera di Assicurazioni ASA. www.svv.ch / 01.04.2011