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 dolore10 = 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