**Rapporto complementare dettagliato ginocchio (da compilare dal medico curante)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persona assicurata** | | | |
| N° sinistro |  | N° paziente: | Evento del: |
| Cognome, nome |  | | |
| Data di nascita |  | | |
| Luogo/NPA |  | | |

|  |
| --- |
| 1. **Dinamica dell'infortunio risp. descrizione dell'evento**   Esposizione dettagliata della descrizione del paziente. In caso di punti poco chiari, come ad es. storta o piegamento o contusione, ecc., la dinamica va precisata chiarendo le questioni in sospeso, in modo da avere un quadro possibilmente chiaro dell'evento. |
|  |
| Reattività intatta (ev. deficit neurologico, alcol, droghe)?  Sì  No |

|  |
| --- |
| 1. **Comportamento subito dopo l'evento** |
| Dopo l'evento la persona in questione ha dovuto sospendere immediatamente l'attività svolta?  Sì  No |
| È stato necessario ricorrere all'aiuto di terzi?  Sì  No |
| Qual è stato l'effetto sul ginocchio?  Lacerazione  Botta  Nessuno |
| Immediata difficoltà motoria iniziale?  Forte  Debole  Nessuna |
| Continuazione attività  senza handicap  con leggero handicap  con forte handicap |
| Quando si è avvertito il dolore?  Subito e forte  Solo con il tempo  Poco o niente |
| Andamento del dolore:  incremento  diminuzione durante il giorno  di intensità diversa |
| Gonfiore al ginocchio:  dopo ore  il giorno seguente  nessuno |
| Prima visita medica il giorno |
| Particolarità: |

|  |
| --- |
| 1. **Decorso dei disturbi** |
| Quali disturbi soggettivi e quali limitazioni delle capacità (capacità quotidiane, lavorative, sportive) si sono presentati: |
| Localizzazione dei disturbi? |
| Come si può descrivere l'ulteriore **profilo** del decorso per quanto riguarda le capacità fisiche (incl. capacità lavorativa) nei successivi giorni, settimane e mesi? Miglioramento? Peggioramento? Decorso episodico? |
| Particolarità: |

|  |
| --- |
| 1. **Professione e attività sportive del paziente** |
| Sono note attività professionali, sportive o del tempo libero che portano a un particolare carico del ginocchio? (Frequenti attività in posizione rannicchiata, frequenti rotazioni o stop and go, discipline sportive a squadra con contatto o sport di combattimento)?  Sì  No  Se sì: quali attività e quanto a lungo? |

|  |
| --- |
| 1. **Anamnesi familiare e del paziente**   (in caso di **stato preesistente noto al ginocchio** **in questione** allegare p.f. un **estratto della cartella clinica** o una  **copia dei relativi rapporti**) |
| Nella **famiglia** (genitori, fratelli e sorelle) sono state effettuate Operationen  cure/operazioni in seguito a lesioni al menisco o artrosi?  Sì  No |
| Particolarità all'altro ginocchio?  Sì  No  Se sì, quali? |
| Disturbi o problemi preesistenti al ginocchio in questione?  Sì  No |
| Infortuni precedenti alla gamba in questione con coinvolgimento del ginocchio?  Sì  No  Anno infortunio: |
| Operazioni al ginocchio in questione?  Sì  No  Tipo di operazione al ginocchio |
| Particolarità (nello specifico malattie precedenti note che hanno influenza sul disturbo): |

|  |
| --- |
| 1. **Reperto clinico dell'esame del:**   (allegare p.f. una **copia del rapporto** o **l'estratto della cartella clinica**) |
| Deambulazione: |
| Funzioni complesse (possibile ad es. accovacciarsi?): |
| Mobilità del ginocchio (flessione/estensione): |
| Stabilità del ginocchio: |
| Dolori dovuti alla pressione: |
| Test di provocazione, in particolare torsione: |
| Versamento articolare  Sì  No  Artrocentesi (se del caso) in data:       Paracentesi:  giallo chiaro  presenza di sangue  torbido |
| Osservazioni/particolarità: |

|  |
| --- |
| 1. **Diagnostica per immagini**   (allegare p.f. una **copia dei relativi rapporti degli esami**) |
| **Radiografie del**       antero-posteriore con carico su una sola gamba:  Sì  No  (se possibile confronto con altro lato)  Risultato (rimando a malattie precedenti?): |
| **MRI (se del caso) del**  Risultato: |
| Menisco: |
| Cartilagine: |
| Legamenti: |
| Sospetto di bone bruise?  Sì  No Sospetto di altre lesioni?  Sì  No |
| Altro? |
| Osservazioni/particolarità: |

Luogo e data:       Firma/timbro medico:

Il rapporto complementare può essere inviato all’assicuratore

competente e fatturato a CHF 100.-.

Associazione Svizzera di Assicurazioni ASA