

Rapporto complementare dettagliato ginocchio (da compilare dal medico curante)

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

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

2. 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: █

3. 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: █

4. 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?

█

5. 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?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Particolarità all'altro ginocchio? Se sì, quali? ■	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Disturbi o problemi preesistenti al ginocchio in questione?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Infortuni precedenti alla gamba in questione con coinvolgimento del ginocchio? Anno infortunio: ■	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Operazioni al ginocchio in questione? Tipo di operazione al ginocchio ■	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Particolarità (nello specifico malattie precedenti note che hanno influenza sul disturbo): ■	

6. 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 <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Artrocentesi (se del caso) in data: ■	Paracentesi: <input type="checkbox"/> giallo chiaro <input type="checkbox"/> presenza di sangue <input type="checkbox"/> torbido
Osservazioni/particolarità: ■	

7. Diagnostica per immagini (allegare p.f. una copia dei relativi rapporti degli esami)	
Radiografie del ■ antero-posteriore con carico su una sola gamba: <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Sospetto di altre lesioni? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Altro? ■	
Osservazioni/particolarità: ■	

Luogo e data: ■

Firma/timbro medico:

Il rapporto complementare può essere fatturato a CHF 100.-.
Associazione Svizzera di Assicurazioni ASA