Modulo di documentazione per la prima consultazione dopo un trauma da accelerazione cranio-cervicale Si prega di rispondere a tutte le domande!

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

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

|  |
| --- |
| 1 | Dati relativi al paziente |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data di nascita (gg.mm.aaaa) |       |  [ ]  Donna [ ]  Uomo |
| **Momento dell’infortunio** | Data |       | Ora |       |
| **Prima visita** | Data |       | Ora |       |
| **Einweisung per Ambulanz?** | [ ]  no [ ]  sì. Si prega di allegare la copia del protocollo dell’ambullanza. |
| **Trattamento successivo presso** | Nome |       |
|  | Luogo |       |

|  |
| --- |
| 2a | Descrizione libera della dinamica dell’incidente in ordine cronologico da parte del paziente |

|  |
| --- |
|       |

 |  |

|  |
| --- |
| 2b | Dinamica dell’infortunio |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicazioni** | [ ]  del paziente | [ ]  di terzi,  | chi? |       |
| **Tipo di incidente** | [ ]  Collisione posteriore [ ]  Collisione laterale [ ]  Collisione frontale |
|  | [ ] . Altro tipo d’infortunio. Quale? |       |
|  | [ ]  Conducente [ ]  Passeggero [ ]  Sedile posteriore |
| **Urto della testa** | [ ]  no [ ]  sì, sul poggiatesta. |
|  | [ ]  sì, fuori dal poggiatesta. Dove? |       |
| **Era consapevole dell’imminente collisione?** | [ ]  sì [ ]  no |
| **Posizione della testa** | [ ]  diritta (vale anche per lo sguardo nello specchietto retrovisore) [ ]  flessa |
|  | [ ]  uotata verso destra/sinistra (non vale per lo specchietto retrovisore) [ ]  sconosciuta |
| **Posizione del corpo** | [ ]  posizione seduta diritta [ ]  piegata in Avanti  |
|  | [ ]  piegata verso destra/sinistra |
| **Poggiatesta** | [ ]  sì [ ]  no |
| **Cintura di sicurezza allacciata** | [ ]  sì [ ]  no |
| **Airbag azionato** | [ ]  sì [ ]  no [ ]  non disponibile |
| 2c | Le indicazioni cronologiche sulla dinamica dell’incidente fanno sospettare |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uno svenimento?** | [ ]  no [ ]  sì, durata? |       |
| **Un’amnesia?** | [ ]  no [ ]  sì, relativa all’evento |
|  | [ ]  sì, dopo l’evento. Durata? |       |
|  | [ ]  sì, prima dell’evento. Durata? |       |
| **Reazione di panico o shock?** | [ ]  no [ ]  sì |

|  |
| --- |
| 3 | Attività dopo l’incidente |

|  |
| --- |
| Il/La paziente è stato/a in grado di proseguire in qualità di conducente con l’auto accidentata dopo l’incidente? |
| [ ]  sì [ ]  no, perché |       |
| Il/La paziente è stato/a in grado di proseguire in qualità di passeggero/a con l’auto accidentata dopo l’incidente? |
| [ ]  sì [ ]  no, perché |       |
| **Dopo l’incidente, il/la paziente è stato/a in grado di svolgere le attività previste?** |
| [ ]  sì [ ]  no, perché |       |

 |
|

|  |
| --- |
| 4 | Indicazioni del paziente relative al decorso dei disturbi dal momento dell’infortunio |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **no** | **sì, subito** | **sì, dopo … ore**(inserire numero di ore) | **Raccontatospontaneamente** | **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, subito [ ]  sì, dopo |       |  ore |
|  |  |  |  |
|  | quali?       |
|  |
|  |
|  |  |
| **Altri sintomi sono stati** | [ ]  descritti spontaneamente [ ]  descritti su richiesta |

|  |
| --- |
| 5 | Anamnesi precedente |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Infortunio precedente** | [ ]  no [ ]  sì. Quando? |       |
| **con coinvolgimento della colonna cervicale** | [ ]  no [ ]  sì. Quando? |       |
| **con coinvolgimento della colonna cervicale** | [ ]  no [ ]  sì. Quando? |       |

|  |
| --- |
| **Disturbi che richiedevano un trattamento prima dell’infortunio / Farmaci prima dell’infortunio** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Testa** (incl. emicrania) | [ ]  no [ ]  sì |  |
| **Nuca** | [ ]  no [ ]  sì |  |
| **Schiena** | [ ]  no [ ]  sì |  |
| **Occhi** | [ ]  no [ ]  sì |  |
| **Udito** | [ ]  no [ ]  sì |  |
| **Psiche** (ad es. psicoterapia) | [ ]  no [ ]  sì |  |
| **Altro** | [ ]  no [ ]  sì, ossia: |       |
| **Attuali farmaci** | [ ]  no [ ]  sì, ossia: |       |

 |  |

|  |
| --- |
| 6 | 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 | Druckschmerz |
| [ ]  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) stato attuale di coscienza** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GCS-Score | [ ]  15 [ ]  < 15, ovvero: |       |

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

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  no [ ]  sì, ovvero: |       |

|  |
| --- |
| **f) Ferite esterne** |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  no [ ]  sì, ovvero: |       |

|  |
| --- |
| **g) Radiografie** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Colonna cervicale a.p. / laterale** | [ ]  no [ ]  sì, reperto: |       |
| **Proiezione transorale** |
| [ ]  no [ ]  sì, reperto: |       |
| **Altri esami radiologici** |
| [ ]  no [ ]  sì. Quali? |       |
|  |  |
|  Reperto: |       |

|  |
| --- |
| 7 | Diagnosi provvisoria | In base alla classificazione Quebec Task Force (QTF) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnosi sospettata\*** | **Diagnosi\*** | **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* |

 |  |

|  |
| --- |
| 8 | Terapia / Provvedimenti prescritti |

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

|  |
| --- |
| 9 | Capacità lavorativa |

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

|  |
| --- |
| **Condizioni psicosociali/socioculturali: Condizioni personali in relazione a** |
| a) professione/posto di lavoro       |
| b) famiglia       |
| c) tempo libero       |
| d) integrazione (conoscenze linguistiche) (ev. su foglio aggiuntivo)       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Incapacità lavorativa** | dal |       |  al |       |
| Intensità di lavoro esigibile (in percentuale della normale intensità) |       |
| Presenza esigibile in ditta (in ore al giorno) |       |
| **Prossima valutazione dell’incapacità lavorativa:** data (gg.mm.aaaa) |       |

|  |
| --- |
| 10 | Altre osservazioni |

|  |
| --- |
|       |

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo & data: |       |
|  |  |
| Timbro & Firma: |  |
|  |  |
|  |  |

Il modulo di documentazione interamente compilato va inviato, una volta noto, all’assicuratore infortuni o malattia competente (posizione Tarmed 00.2215).Una copia va trasmessa anche al medico curante successivo.Associazione Svizzera di Assicurazioni ASA / suva / santésuisse 28.02.2009Il presente questionario può essere scaricato in formato Word o PDF dal sito **www.svv.ch/medicina**  |