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) | **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, 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 28.02.2009 Il presente questionario può essere scaricato in formato Word o PDF dal sito **www.svv.ch/medicina** |