

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

	no	si, subito	si, 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolori alla nuca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disturbi dell'udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disturbi della vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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 testa 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 _____

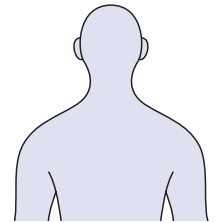
a) Dolori/Mobilità della colonna cervicale (movimenti attivi, eseguiti dal paziente)

	Mobilità	Dolore	
		no	sì
Flessione	Distanza tra sterno e mento _____ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estensione	Distanza tra sterno e mento _____ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotazione a destra	_____ gradi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotazione a sinistra	_____ gradi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinazione laterale a destra	_____ gradi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inclinazione laterale a sinistra	_____ gradi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolore alla digitopressione no

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 coscienzaGCS-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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0	Nessun disturbo alla nuca, nessun reperto somatico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I	Disturbi alla nuca con dolori, sensazione di rigidità oppure solo dolore, nessun reperto somatico, mobilità normale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	II	Disturbi alla nuca e reperti muscoloscheletrici (inclusi mobilità ridotta e dolori puntuali alla pressione in punti specifici inclusi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	III	Disturbi alla nuca e reperti neurologici (inclusi riflessi neuromuscolari ridotti o mancanti, debolezza muscolare e alterazioni della sensibilità)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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