

Questionario sul decorso dopo un trauma da accelerazione cranio-cervicale

a completamento del modulo di documentazione per la prima consultazione dopo un trauma da accelerazione cranio-cervicale

Il presente questionario deve essere compilato solo su espressa richiesta dell'assicuratore.

Si prega di rispondere a tutte le domande!

N° d'infortunio / d'assicurato / di riferimento / di sinistro
 Compagnia di assicurazioni

1 | Compagnia di assicurazioni

Cognom Nome

Data di nascita (gg. mm. aaaa) Donna Uomo

Momento dell'infortunio Data Ora

Prima visita Data Ora

Trattamento successivo presso Nome
 Luogo

2 | Indicazioni del paziente relative ai disturbi dal momento della compilazione del modulo di documentazione per prima consultazione (allegato)

	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolori alla nuca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vertigini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disturbi dell'udito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disturbi della vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Disturbi del sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Altri sintomi no sì, da

Quali?

Altri sintomi sono stati descritti spontaneamente descritti su richiesta

In caso di disturbi preesistenti che richiedevano un trattamento prima dell'infortunio: Decorso dal momento dell'infortunio

Testa (incl. emicrania) stabile peggiorato migliorato

Nuca stabile peggiorato migliorato

Schiena stabile peggiorato migliorato

Occhi stabile peggiorato migliorato

Udito stabile peggiorato migliorato

Psiche stabile peggiorato migliorato

Altri, ovvero:
 stabile peggiorato migliorato

3 | Reperto medico

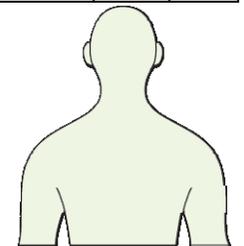
Altezza Peso

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

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

no sì, ovvero:

e) Altre osservazioni o evidenze (anche psichiche)

no sì, ovvero:

4 | Tendenza al miglioramento

Si evidenzia un miglioramento? no limitato notevole

Al momento attuale il decorso differisce da quanto previsto nella prima consultazione?

no sì, motivazione:

5 | Diagnosi attuale

	Grado	Presentazione clinica
<input type="checkbox"/>	0	Nessun disturbo alla nuca, nessun reperto somatico
<input type="checkbox"/>	I	Disturbi alla nuca con dolori, sensazione di rigidità oppure solo dolore, nessun reperto somatico, mobilità normale
<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"/>	III	Disturbi alla nuca e reperti neurologici (inclusi riflessi neuromuscolari ridotti o mancanti, debolezza muscolare e alterazioni della sensibilità)
<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

6 | Terapia / Provvedimenti prescritti

Nessuna terapia Analgesici (paracetamolo e simili)

FANS topica Oppioidi

FANS sistemica Fisioterapia attiva

Altri provvedimenti, ovvero:

Esistono aspetti medici a cui si dovrebbe prestare particolare attenzione all'atto dell'inserimento?

Esistono validi motivi dal punto di vista medico, che sconsigliano una notifica all'AI per il rilevamento tempestivo?

7 | Capacità lavorativa

attività professionale attuale: grado d'occupazione: %

con sforzo fisico parzialmente con sforzo fisico senza sforzo fisico (lavoro d'ufficio)

Condizioni psicosociali / socioculturali

Incapacità lavorativa dal al

Intensità di lavoro esigibile (in percentuale della normale intensità)

Presenza esigibile in ditta (in ore al giorno)

In caso di capacità lavorativa parziale: si può prevedere un ulteriore miglioramento della capacità lavorativa?

Il / la paziente ha tentato di lavorare?

Prossima valutazione dell'incapacità lavorativa: data (gg. mm. aaaa)

8 | Altre osservazioni

Luogo / data:

Timbro / firma: