**Rapporto complementare dettagliato ginocchio (da compilare dal medico curante)**

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

|  |
| --- |
| 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 |

|  |
| --- |
| 1. **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:       |

|  |
| --- |
| 1. **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:       |

|  |
| --- |
| 1. **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 [ ]  NoSe sì: quali attività e quanto a lungo?      |

|  |
| --- |
| 1. **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? [ ]  Sì [ ]  No |
| Particolarità all'altro ginocchio? [ ]  Sì [ ]  NoSe sì, quali?       |
| Disturbi o problemi preesistenti al ginocchio in questione? [ ]  Sì [ ]  No |
| Infortuni precedenti alla gamba in questione con coinvolgimento del ginocchio? [ ]  Sì [ ]  NoAnno infortunio:       |
| Operazioni al ginocchio in questione? [ ]  Sì [ ]  NoTipo di operazione al ginocchio       |
| Particolarità (nello specifico malattie precedenti note che hanno influenza sul disturbo):       |

|  |
| --- |
| 1. **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 [ ]  Sì [ ]  NoArtrocentesi (se del caso) in data:       Paracentesi: [ ]  giallo chiaro [ ]  presenza di sangue [ ]  torbido |
| Osservazioni/particolarità:       |

|  |
| --- |
| 1. **Diagnostica per immagini**

 (allegare p.f. una **copia dei relativi rapporti degli esami**) |
| **Radiografie del**       antero-posteriore con carico su una sola gamba: [ ]  Sì [ ]  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? [ ]  Sì [ ]  No Sospetto di altre lesioni? [ ]  Sì [ ]  No |
| Altro?       |
| Osservazioni/particolarità:       |

Luogo e data:       Firma/timbro medico:

Il rapporto complementare può essere inviato all’assicuratore

competente e fatturato a CHF 100.-.

Associazione Svizzera di Assicurazioni ASA