

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

Persona assicurata			
N° sinistro	█	N° paziente:	█
Cognome, nome	█		
Data di nascita	█		
Luogo/NPA	█		
<b>1. Dinamica dell'infortunio risp. descrizione dell'evento</b>			
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)? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
<b>2. Comportamento subito dopo l'evento</b>			
Dopo l'evento la persona in questione ha dovuto sospendere immediatamente l'attività svolta? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
È stato necessario ricorrere all'aiuto di terzi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Qual è stato l'effetto sul ginocchio? <input type="checkbox"/> Lacerazione <input type="checkbox"/> Botta <input type="checkbox"/> Nessuno			
Immediata difficoltà motoria iniziale? <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Debole <input type="checkbox"/> Nessuna			
Continuazione attività <input type="checkbox"/> senza handicap <input type="checkbox"/> con leggero handicap <input type="checkbox"/> con forte handicap			
Quando si è avvertito il dolore? <input type="checkbox"/> Subito e forte <input type="checkbox"/> Solo con il tempo <input type="checkbox"/> Poco o niente			
Andamento del dolore: <input type="checkbox"/> incremento <input type="checkbox"/> diminuzione durante il giorno <input type="checkbox"/> di intensità diversa			
Gonfiore al ginocchio: <input type="checkbox"/> dopo ore <input type="checkbox"/> il giorno seguente <input type="checkbox"/> nessuno			
Prima visita medica il giorno █			
Particolarità: █			
<b>3. Decorso dei disturbi</b>			
Quali disturbi soggettivi e quali limitazioni delle capacità (capacità quotidiane, lavorative, sportive) si sono presentati: █			
Localizzazione dei disturbi? █			
Come si può descrivere l'ulteriore <b>profilo</b> del decorso per quanto riguarda le capacità fisiche (incl. capacità lavorativa) nei successivi giorni, settimane e mesi? Miglioramento? Peggioramento? Decorso episodico? █			
Particolarità: █			
<b>4. Professione e attività sportive del paziente</b>			
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)? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Se sì: quali attività e quanto a lungo? █			

**5. 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  No

Se sì, quali?

██████

Disturbi o problemi preesistenti al ginocchio in questione?  Sì  No

Infortuni precedenti alla gamba in questione con coinvolgimento del ginocchio?  Sì  No  
Anno infortunio: ██████

Operazioni al ginocchio in questione?  Sì  No

Tipo di operazione al ginocchio ██████

Particolarità (nello specifico malattie precedenti note che hanno influenza sul disturbo):

██████

**6. 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  No

Artrocentesi (se del caso) in data: ██████ Paracentesi:  giallo chiaro  presenza di sangue  torbido

Osservazioni/particolarità: ██████

**7. 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