

Modulo di documentazione per la prima consultazione dopo un trauma da accelerazione cranio-cervicale

| | | | | | |
|--------------------|----------------------|---------------------|----------------------|-----|----------------------|
| Legge | <input type="text"/> | Data del infortunio | <input type="text"/> | Ora | <input type="text"/> |
| N° caso/infortunio | <input type="text"/> | Prima visita | <input type="text"/> | Ora | <input type="text"/> |
| N° assicurato | <input type="text"/> | Assicuratore | <input type="text"/> | | |

Ricovero ambulanza no sì. Si prega di allegare la copia del protocollo dell'ambulanza.

Trattamento successivo presso

1 Dati relativi al paziente

| | | | |
|-----------------|----------------------|-----------|----------------------|
| Cognome | <input type="text"/> | Nome | <input type="text"/> |
| Via | <input type="text"/> | NPA Luogo | <input type="text"/> |
| Data di nascita | <input type="text"/> | Sesso | <input type="text"/> |
| N° AVS | <input type="text"/> | Telefono | <input type="text"/> |

2a Descrizione libera della dinamica dell'incidente in ordine cronologico da parte del paziente

Altri sintomi no sì, subito sì, dopo ore

Quali?

...sono stati descritti spontaneamente descritti su richiesta

5 Anamnesi precedente

Infortunio precedente no sì. Quando?

relativa alla. col. cerv. no sì. Quando?

coinvolgimento della testa no sì. Quando?

Disturbi che richiedevano un trattamento prima dell'infortunio / Farmaci prima dell'infortunio

* Testa no sì * (incl. emicrania)

Nuca no sì

Schiena no sì

Occhi no sì

Udito no sì

* Psiche no sì * (ad es. psicoterapia)

Altro no sì, ossia

Attuali farmaci no sì, ossia

6 Reperto medico

Altezza cm Peso kg

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

| | Mobilità | Dolore | |
|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | no | sì |
| Flessione | Distanza tra sterno e mento <input type="text"/> cm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estensione | Distanza tra sterno e mento <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"/> |
| Incl. laterale a destra | <input type="text"/> gradi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incl. laterale a sinistra | <input type="text"/> gradi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dol. alla digitopressione no ja - indicare la localizzazione per favore

Localizzazione & 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 |
|--------------------------|--------------------------|-------|--|
| <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: _____

**) corrisponde alle richieste/disposizioni ai sensi della decisione del Tribunale Federale DTF 134 V 109*

Ulteriore diagnosi: _____

Ulteriore/i accertamento/i: _____

8 Terapia / Provvedimenti prescritti

- Nessuna terapia
 Analgesici (paracetamolo e simili)
 Oppioidi
 FANS topica
 Fisioterapia attiva
 FANS sistemica
 Altri provvedimenti, ovvero: _____

9 Capacità lavorativa

Professione svolta _____ 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) posto di lavoro _____
- b) famiglia _____
- c) tempo libero _____
- d) integrazione _____
 (conoscenze linguistiche)

Incapacità lavorativa dal-al _____ - _____
 Intensità di lavoro esigibile _____ (% della normale intensità)
 Presenza esigibile in ditta _____ h/giorno

Prossima valutazione dell'incapacità lavorativa _____

10 Altre osservazioni

Dati _____

Medico _____

Firma _____

eMail _____

GLN, RCC _____

superfluo per invio elettronico