



Da compilarsi obbligatoriamente in ogni sua parte prima dell'esecuzione dell'esame.

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

DIAGNOSI DI INVIO: _____

Trauma: SÌ NO Quando _____ Tipologia del trauma _____

Disturbi attuali:

NB: Compilare unicamente la parte relativa al distretto corporeo da studiare (ARTO SUPERIORE e INFERIORE o COLONNA)

ARTO SUPERIORE (spalla/braccio, gomito/avambraccio, polso/mano) e ARTO INFERIORE (anca/coscia, ginocchio/gamba, piede/caviglia):

LATO: DESTRO SINISTRO

Dolore: SÌ NO Da quanto tempo? _____

- Mediale SÌ NO
- Laterale SÌ NO
- Anteriore SÌ NO
- Posteriore SÌ NO

COLONNA VERTEBRALE:

Dolore: SÌ NO Da quanto tempo? _____

- Solo alla schiena SÌ NO
- Irradiazione: SÌ NO
 - Coscia e ginocchio anteriore (L3) SÌ NO
 - Coscia e gamba anteriore (L4) SÌ NO
 - Coscia posteriore, gamba laterale e alluce (L5) SÌ NO
 - Coscia e gamba posteriore, calcagno, piede laterale (S1) SÌ NO
 - LATO DESTRO SINISTRO



Dolore notturno? SI' NO Dolore a riposo? SI' NO

Dolore sotto sforzo? SI' NO

Affetto da patologia reumatica*? SI' NO

Affetto da patologia autoimmune*? SI' NO

Affetto da patologia sistemica*? SI' NO

*Indicare tipo di patologia _____

Affetto da patologia oncologica? SI' NO

Chemioterapia e/o Radioterapia SI' NO

Indicare tipo di patologia _____

Interventi chirurgici alla parte in esame SI' NO

Tipo di intervento e data _____

Precedenti esami:

Radiografici SI' NO

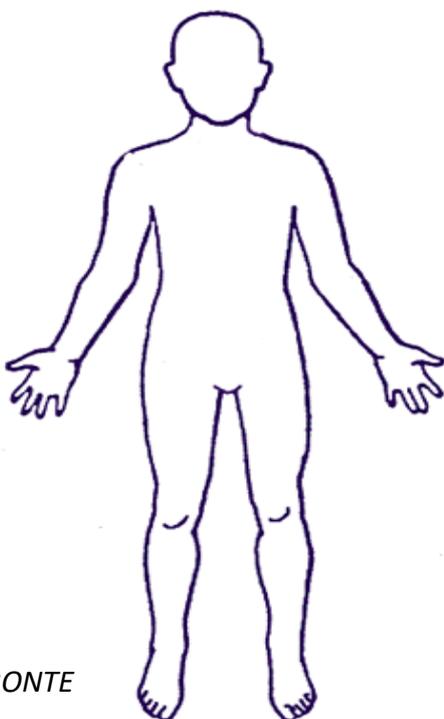
TC SI' NO

Ecografie SI' NO

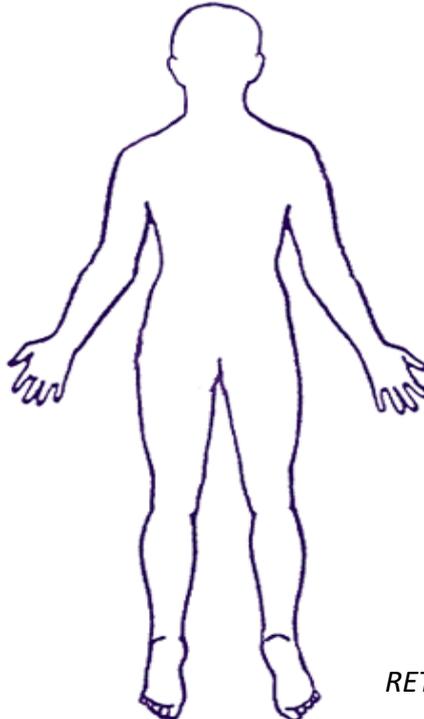
RM SI' NO

Esami in visione _____

Indicare la localizzazione del dolore (apporre una X nella/e sede/i)



FRONTE



RETRO

Firma del paziente
