

# QUESTIONARIO ANAMNESTICO DELLE PATOLOGIE DEGLI ARTI SUPERIORI E DEL RACHIDE

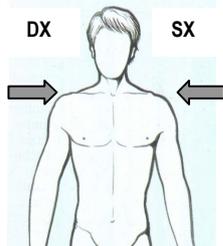
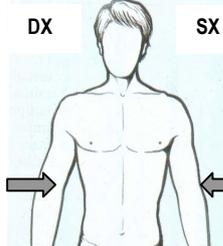
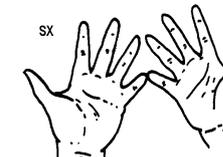
## Prima parte

Data di compilazione \_\_\_\_\_ ☺

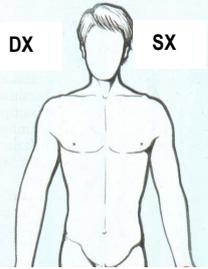
Azienda	Reparto	☺ Mansione
☺ Cognome Nome		
☺ Data di nascita	età	☺ sesso
☺ Anzianità mansione	☺ Anzianità aziendale	

### ARTI SUPERIORI

#### DISTURBI NEGLI ULTIMI 12 MESI

DOLORI ALLA SPALLA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
 <p><b>Riguardo ai disturbi riferiti:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ha assunto farmaci</p> <p><b>ha effettuato:</b></p> <p><input type="checkbox"/> fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrica</p> <p><input type="checkbox"/> RX</p> <p><input type="checkbox"/> ECOGRAFIA/ RISONANZA</p>			dolore ai movimenti		
			dolore a riposo		
			<b>SOGLIA POSITIVA</b>	<input type="checkbox"/> dolore continuo	☺
			<input type="checkbox"/> almeno 1 settimana di dolore negli ultimi 12 mesi		
			<input type="checkbox"/> almeno 1 volta al mese negli ultimi 12 mesi		
			<b>DISTURBI MINORI</b>	☺	☺
			dolore a episodi inferiori alla soglia		
DOLORI AL GOMITO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
 <p><b>Riguardo ai disturbi riferiti:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ha assunto farmaci</p> <p><b>ha effettuato:</b></p> <p><input type="checkbox"/> fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrica</p> <p><input type="checkbox"/> RX</p> <p><input type="checkbox"/> ECOGRAFIA/RISONANZA</p> <p><input type="checkbox"/> EMG (elettromiografia)</p>			dolore alla presa di oggetti o sollevando pesi		
			dolore a riposo		
			<b>SOGLIA POSITIVA</b>	<input type="checkbox"/> dolore continuo	☺
			<input type="checkbox"/> almeno 1 settimana di dolore negli ultimi 12 mesi		
			<input type="checkbox"/> almeno 1 volta al mese negli ultimi 12 mesi		
			<b>DISTURBI MINORI</b>	☺	☺
			dolore a episodi inferiori alla soglia		
DOLORI A POLSO/MANO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
<p>NB : Indicare sulla figura le aree dei disturbi.</p>  <p><b>Riguardo ai disturbi riferiti:</b></p> <p><input type="checkbox"/> ha assunto farmaci</p> <p><b>ha effettuato:</b></p> <p><input type="checkbox"/> fisioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrica</p> <p><input type="checkbox"/> RX</p> <p><input type="checkbox"/> ECOGRAFIA</p> <p><input type="checkbox"/> RISONANZA</p> <p><input type="checkbox"/> EMG (elettromiografia)</p>			dolore alla presa		
			dolore ai movimenti		
			dolore a riposo		
			dolore al 1° dito		
			dolore alle altre dita		
			dolore al palmo		
			dolore al dorso		
			<b>SOGLIA POSITIVA</b>	☺	☺
			<input type="checkbox"/> dolore continuo		
			<input type="checkbox"/> almeno 1 settimana di dolore negli ultimi 12 mesi		
			<input type="checkbox"/> almeno 1 volta al mese negli ultimi 12 mesi		
			<b>DISTURBI MINORI</b>	☺	☺
			dolore a episodi inferiori alla soglia		

NB: per soglia anamnestica positiva AGLI ARTI SUPERIORI si intende la presenza di : dolore continuo oppure almeno 1 settimana di dolore negli ultimi 12 mesi oppure dolore presente almeno una volta al mese negli ultimi 12 mesi.

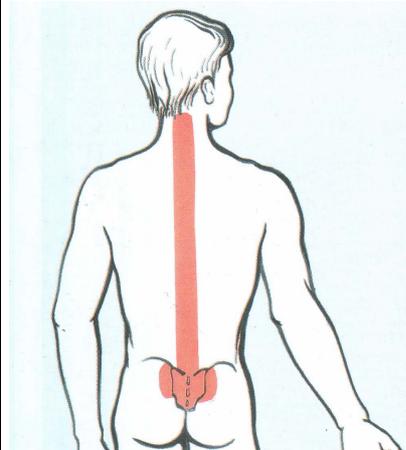
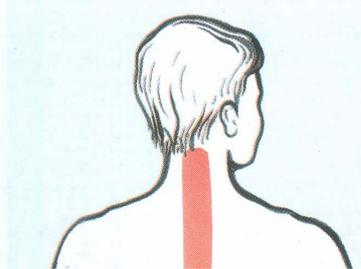
PARESTESIE NOTTURNE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
<p>fornicolio, bruciore, intorpidimento, senso di puntura di spillo o di scossa</p>  <p>NB : Indicare sulla figura le aree dei disturbi.</p>	<p><b>Riguardo ai disturbi riferiti:</b></p> <input type="checkbox"/> ha assunto farmaci <b>ha effettuato:</b> <input type="checkbox"/> fisioterapia <input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrice <input type="checkbox"/> visita neurologica <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA <input type="checkbox"/> EMG (elettromiografia)	braccio		
		avambraccio		
		mano		
		durano meno di 10 minuti.		
		durano più di 10 minuti.		
		compaiono durante il sonno		
		compaiono al risveglio		
		<b>SOGLIA POSITIVA</b>	☺	☺
		<input type="checkbox"/> disturbano il sonno quasi tutte le notti.		
		<input type="checkbox"/> sono comparse almeno 1 settimana negli ultimi 12 mesi		
		<input type="checkbox"/> sono comparse almeno 1 giorno al mese		
		<b>DISTURBI MINORI</b>	☺	☺
		Disturbi a episodi inferiori alla soglia		
PARESTESIE DIURNE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
 <p>NB : Indicare sulla figura le aree dei disturbi.</p>	<p><b>Riguardo ai disturbi riferiti:</b></p> <input type="checkbox"/> ha assunto farmaci <b>ha effettuato:</b> <input type="checkbox"/> fisioterapia <input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrice <input type="checkbox"/> visita neurologica <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA <input type="checkbox"/> EMG (elettromiografia)	braccio		
		avambraccio		
		mano		
		durano meno di 10 minuti.		
		durano più di 10 minuti.		
		compaiono a braccia sollevate.		
		compaiono appoggiando il gomito		
		compaiono nelle prese con forza o durante il lavoro		
		<b>SOGLIA POSITIVA</b>	☺	☺
		<input type="checkbox"/> disturbano quasi tutti i giorni.		
		<input type="checkbox"/> sono comparse almeno 1 settimana negli ultimi 12 mesi		
		<input type="checkbox"/> sono comparse almeno 1 giorno al mese		
		<b>DISTURBI MINORI</b>	☺	☺
		Disturbi a episodi inferiori alla soglia		
☺ ASSENZE DAL LAVORO PER DISTURBI ARTI SUPERIORI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SE SI GIORNI _____				

☺ DIAGNOSI DI INTERESSE (già conosciute) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
SPALLA (periartrite scapolo-omeroale; tendiniti etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUANDO?
GOMITO (epicondilita; epitrocleite; etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUANDO?
POLSO/MANO tendiniti; cisti tendinee; ecc	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUANDO?
POLSO/MANO : sindrome del tunnel carpale, Guyon	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUANDO?
TRAUMI ARTI SUPERIORI		
SPALLA (contusioni – fratture – strappi muscolari, etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUANDO?
GOMITO (contusioni – fratture – strappi muscolari, etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUANDO?
POLSO/MANO (contusioni – fratture – strappi muscolari, etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	QUANDO?

NOTE OPERATIVE	
Convocare subito per visita	☺
Chiedere di portare i referti di esami già eseguiti	☺
Avvisato di ricontattare il medico competente al ricattizzarsi della sintomatologia	☺

**Seconda parte****RACHIDE****DISTURBI NEGLI ULTIMI 12 MESI** (fastidio, senso di peso, dolore)

Nb: disegnare sulla figura le aree dei disturbi e le eventuali aree di irradiazione.



<b>CERVICALE</b>				QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno) _____
RARAMENTE	ALMENO 3-4 EPISODI DI 2-3 GIORNI CIASCUNO	ALMENO 3-4 EPISODI CON USO DI FARMACI O TRATTAMENTO	PRESSOCHE' TUTTI I GIORNI	
<input type="checkbox"/> FASTIDIO	<input type="checkbox"/> FASTIDIO	<input type="checkbox"/> FASTIDIO	<input type="checkbox"/> FASTIDIO	
<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	
IRRADIAZIONE	NO			ARTO SUPERIORE DX SX
☺ ASSENZE DAL LAVORO PER DISTURBI <b>CERVICALI</b> _____ giorni				
SOGLIA POSITIVA* ☺			DISTURBI MINORI	
<b>DORSALE</b>				QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno) _____
RARAMENTE	ALMENO 3-4 EPISODI DI 2-3 GIORNI CIASCUNO	ALMENO 3-4 EPISODI CON USO DI FARMACI O TRATTAMENTO	PRESSOCHE' TUTTI I GIORNI	
<input type="checkbox"/> FASTIDIO	<input type="checkbox"/> FASTIDIO	<input type="checkbox"/> FASTIDIO	<input type="checkbox"/> FASTIDIO	
<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	
IRRADIAZIONE	NO			EMITORACE DX SX
☺ ASSENZE DAL LAVORO PER DISTURBI <b>DORSALI</b> _____ giorni				
SOGLIA POSITIVA* ☺			DISTURBI MINORI	
<b>LOMBOSACRALE</b>				QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno) _____
RARAMENTE	ALMENO 3-4 EPISODI DI 2-3 GIORNI CIASCUNO	ALMENO 3-4 EPISODI CON USO DI FARMACI O TRATTAMENTO	PRESSOCHE' TUTTI I GIORNI	
<input type="checkbox"/> FASTIDIO	<input type="checkbox"/> FASTIDIO	<input type="checkbox"/> FASTIDIO	<input type="checkbox"/> FASTIDIO	
<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	
☺ ASSENZE DAL LAVORO PER DISTURBI <b>LOMBARI</b> _____ giorni				
SOGLIA POSITIVA* ☺			DISTURBI MINORI	

NB\*: per soglia anamnestica positiva AL RACHIDE si intende la presenza di : dolore/ fastidio pressoché tutti i giorni negli ultimi 12 mesi o dolore a episodi (3-4 episodi di 2-3 giorni; 10 episodi di 1 giorno; 8 episodi di 2 giorni; 2 episodi di 30 giorni; 1 episodio di 90 giorni).



