

# QUESTIONARIO ANAMNESTICO DELLE PATOLOGIE DEGLI ARTI SUPERIORI E DEL RACHIDE

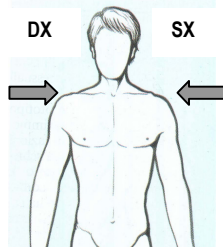
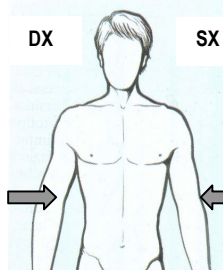
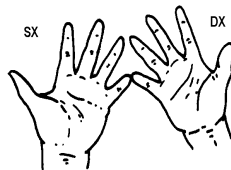
## Prima parte

Data di compilazione \_\_\_\_\_ ☺


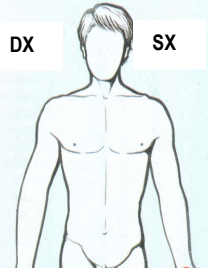
Azienda	Reparto	☺ Mansione
☺ Cognome Nome		
☺ Data di nascita	età	☺ sesso
☺ Anzianità mansione	☺ Anzianità aziendale	

### ARTI SUPERIORI

#### DISTURBI NEGLI ULTIMI 12 MESI

DOLORI ALLA SPALLA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div> <p><b>Riguardo ai disturbi riferiti:</b></p> <input type="checkbox"/> ha assunto farmaci  <p><b>ha effettuato:</b></p> <input type="checkbox"/> fisioterapia  <input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrica  <input type="checkbox"/> RX  <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA/ RISONANZA</div> </div>	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 <input type="checkbox"/>	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div> <p><b>Riguardo ai disturbi riferiti:</b></p> <input type="checkbox"/> ha assunto farmaci  <p><b>ha effettuato:</b></p> <input type="checkbox"/> fisioterapia  <input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrica  <input type="checkbox"/> RX  <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA/RISONANZA  <input type="checkbox"/> EMG (elettromiografia)</div> </div>	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 <input type="checkbox"/>	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
<p>NB : Indicare sulla figura le aree dei disturbi.</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div> <p><b>Riguardo ai disturbi riferiti:</b></p> <input type="checkbox"/> ha assunto farmaci  <p><b>ha effettuato:</b></p> <input type="checkbox"/> fisioterapia  <input type="checkbox"/> visita ortopedica/fisiatrica  <input type="checkbox"/> RX  <input type="checkbox"/> ECOGRAFIA  <input type="checkbox"/> RISONANZA  <input type="checkbox"/> EMG (elettromiografia)</div> </div>	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.

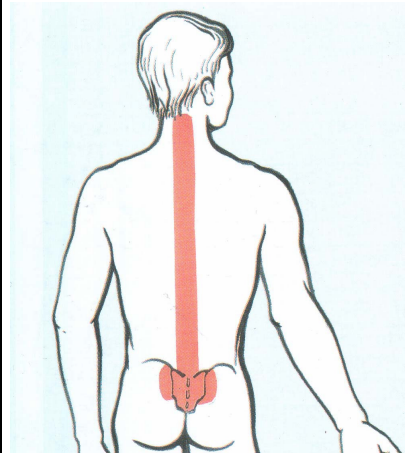
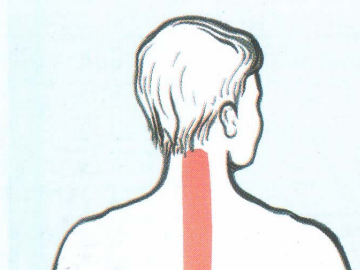
PARESTESIE NOTTURNE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno)	DX	SX
<p>fornicolio, bruciore, intorpidimento, senso di puntura di spillo o di scossa</p>  <p><b>Riguardo ai disturbi riferiti:</b></p> <input type="checkbox"/> 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) <p>NB : Indicare sulla figura le aree dei disturbi.</p>	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><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) <p>NB : Indicare sulla figura le aree dei disturbi.</p>	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).

LOMBALGIE ACUTE		
n° episodi acuti Totali		☺
n° episodi acuti nell'ultimo anno	<input type="checkbox"/> lombalgia <input type="checkbox"/> lombosciatalgia	☺
anno del 1° episodio		
<b>ASSENZE DAL LAVORO PER LOMBALGIE ACUTE (ultimi 12 mesi)</b> _____ giorni		

Per lombalgia acuta si intende: episodio di dolore intenso in sede lombosacrale che non consente i movimenti di flessione, inclinazione e rotazione ("colpo della strega), il cui esordio può essere acuto o subdolo e durato almeno 2 giorni (o uno con terapia farmacologica

DIAGNOSI (già conosciute) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
ERNIA DISCALE LOMBOSACRALE	
<input type="checkbox"/> DIAGNOSTICATA	quando _____
<input type="checkbox"/> TRATTATA CHIRURGICAMENTE	data intervento _____
PATOLOGIE/TRAUMI DEL RACHIDE CERVICALE	
Quale/i _____	
PATOLOGIE/TRAUMI DEL RACHIDE DORSALE	
Quale/i _____	
PATOLOGIE/TRAUMI DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	
Quale/i _____	

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

☺ <b>NUMERO TOTALE GIORNI DI ASSENZA PER MALATTIA NEGLI ULTIMI 12 MESI</b> Giorni _____
---

OSSERVAZIONI

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

