

ALLEGATO 2

Data di compilazione _____ AZIENDA _____ Reparto _____

VALUTAZIONE CLINICA RACHIDE-SPALLA-GINOCCHI

Cognome Nome _____		Mansione _____	
SETTORI - REPARTI PRECEDENTI CON RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO (ultimi 10 anni)			
Azienda/reparto _____	DAL	AL	Rischio: presente <input type="checkbox"/> trascurabile <input type="checkbox"/>
Azienda/reparto _____	DAL	AL	Rischio: presente <input type="checkbox"/> trascurabile <input type="checkbox"/>
Azienda/reparto _____	DAL	AL	Rischio: presente <input type="checkbox"/> trascurabile <input type="checkbox"/>



TRAUMI PREGRESSI			
SPALLA <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	ANNO _____	GINOCCHIO <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	ANNO _____

DATA DI COMPARSA DEI DISTURBI ATTUALMENTE RIFERITI (DISTURBI CON SOGLIA POSITIVA)				
LOMBARE _____	SPALLA DX _____	SPALLA SX _____	GINOCCHIO DX _____	GINOCCHIO SX _____

ESAME OBIETTIVO

OSSERVAZIONE RACHIDE IN STAZIONE ERETTA			
	CIFOSI DORSALE : NORMALE IPERCIFOSI APPIATTIMENTO	LORDOSI LOMBARE : NORMALE CIFOSI LOMBARE APPIATTIMENTO	PRESENZA DI SCOLIOSI: (GIBBO > CM 1): ASSENTE DORSALE SX DORSALE DX LOMBARE SX LOMBARE DX
	RITMO LOMBO PELVICO: NORMALE LORDOSI LOMBARE IMMODIFICATA DOLORE LOMBARE		DORSO CURVO STRUTTURATO NORMALE DORSO CURVO STRUTTURATO DOLORE DORSALE

ESAME OBIETTIVO SOGGETTO SEDUTO/SUPINO/PRONO

MOTILITA': presenza di dolore nei seguenti movimenti					
FLESSIONE	ESTENSIONE	INCLIN. DX	INCLIN. SX	ROT. DX	ROT. SX
MANOVRA DI LASEGUE  LASEGUE/SLR DX SX	MANOVRA DI WASSERMANN  DX SX		MANOVRE DI PRESSO PALPAZIONE (Apofisi spinose, spazi intervertebrali e muscolatura) DOLORE ASSENTE DOLORE PRESENTE: • APOFISI E/O SPAZI INTERVERTEBRALI (n° apofisi/ spazi • MUSCOLATURA DEL TRATTO		

SPONDILOARTROPATIA CLINICO FUNZIONALE LOMBOSACRALE

1° GRADO	2° GRADO	3° GRADO
----------	----------	----------

Data di compilazione _____ AZIENDA _____ Reparto _____

VALUTAZIONE CLINICA ARTI SUPERIORI

Cognome Nome _____		Mansione _____	
SETTORI - REPARTI PRECEDENTI CON RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO (ultimi 10 anni)			
Azienda/reparto _____	DAL [][][][]	AL [][][][]	Rischio: presente <input type="checkbox"/> trascurabile <input type="checkbox"/>
Azienda/reparto _____	DAL [][][][]	AL [][][][]	Rischio: presente <input type="checkbox"/> trascurabile <input type="checkbox"/>
Azienda/reparto _____	DAL [][][][]	AL [][][][]	Rischio: presente <input type="checkbox"/> trascurabile <input type="checkbox"/>

TRAUMI PREGRESSI			
SPALLA <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	ANNO _____	GOMITO <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	ANNO _____
POLSO <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	ANNO _____	MANO <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	ANNO _____

DATA DI COMPARSA DEI DISTURBI ATTUALMENTE RIFERITI (DISTURBI CON SOGLIA POSITIVA)			
SPALLA DX _____	GOMITO DX _____	POLSO DX _____	MANO DX _____
SPALLA SX _____	GOMITO SX _____	POLSO SX _____	MANO SX _____

ESAME OBIETTIVO





a) SCAPOLO-OMERALE: MANOVRE ESEGUITE SI

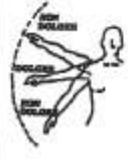

DISTURBI SPALLA DX da _____ (mesi) DISTURBI SPALLA SX da _____ (mesi)

PALPAZIONE SPALLA





DOLORE ANTERIORE		DOLORE LATERALE		DOLORE POSTERIORE	
<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX

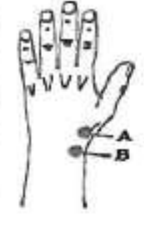

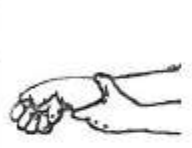



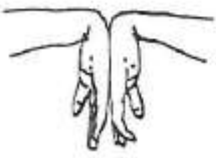

VALUTAZIONE DELLA MOTILITA' DEL CINGOLO SCAPOLO-OMERALE E PRESENZA DI DOLORE AI MOVIMENTI

			
PRESENZA DI DOLORE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	PRESENZA DI DOLORE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	PRESENZA DI DOLORE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	PRESENZA DI DOLORE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX

<p>ARCO DOLOROSO (DOLORE TRA 70° E 120°)</p> <p><input type="checkbox"/> ASSENTE</p> <p><input type="checkbox"/> PRESENTE DX</p> <p><input type="checkbox"/> PRESENTE SX</p> <div style="text-align: center;"></div>	<p>TEST TENDINITE CAPO LUNGO BICIPITE</p> <div style="text-align: center;"></div> <p><input type="checkbox"/> DOLORE ASSENTE</p> <p><input type="checkbox"/> PRESENZA DI DOLORE ANTERIORE SPALLA DX</p> <p><input type="checkbox"/> PRESENZA DI DOLORE ANTERIORE SPALLA SX</p>
--	--

b) GOMITO: MANOVRE ESEGUITE SI

DISTURBI GOMITO DX da _____ (mesi)		DISTURBI GOMITO SX da _____ (mesi)	
OSSERVAZIONE , ISPEZIONE			
EDEMA LOCALIZZATO <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX DOVE.....		EDEMA NON LOCALIZZATO <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	
PALPAZIONE EPICONDILO (LATERALE) – EPITROCLEA (MEDIALE) - OLECRANO		DX	SX
	DOLORE EPICONDILO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DOLORE EPITROCLEA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DOLORE OLECRANO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PALPAZIONE MUSCOLI EPICONDILEI - EPITROCLEARI		DX	SX
VA EFFETTUATA A CIRCA 2 CM A VALLE DELL'INSERZIONE TENDINEA 	DOLORE MUSCOLI EPICONDILEI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	DOLORE MUSCOLI EPITROCLEARI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TEST EPICONDILITE		TEST PER INTRAPPOLAMENTO ULNARE AL GOMITO	
 <p>FLESSIONE PASSIVA POLSO A GOMITO ESTESO</p>	<input type="checkbox"/> PRESENZA DI DOLORE LATERALE GOMITO <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX		<input type="checkbox"/> PARESTESIE IRRADIATE AVAMBRACCIO E/O AL 4° E 5° DITO : <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
c) POLSO - MANO: MANOVRE ESEGUITE <input type="checkbox"/> SI			
DISTURBI (DOLORE) POLSO DX da _____ (mesi)		DISTURBI (DOLORE) POLSO SX da _____ (mesi)	
OSSERVAZIONE POLSO/MANO			
CISTI	CISTI DORSALE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	CISTI VOLARE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	
EDEMA	VOLARE (polso) <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	DORSALE (polso) <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	
	STILOIDE RADIALE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	STILOIDE ULNARE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	
IPOTROFIA	<input type="checkbox"/> DX dove:	<input type="checkbox"/> SX dove:	
DEFORM. ARTIC. TRAPEZIO – METACARPALE	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	
RETRAZIONE PALMARE	<input type="checkbox"/> DX	<input type="checkbox"/> SX	

PALPAZIONE		MANOVRA PER DITO A SCATTO	
	<input type="checkbox"/> (A) DOLORE PALPAZIONE ARTICOL. TRAPEZIO-METACARPALE DX <input type="checkbox"/> (A) DOLORE PALPAZIONE ARTICOL. TRAPEZIO-METACARPALE SX <input type="checkbox"/> (B) DOLORE PALPAZIONE STILOIDE RADIALE DX <input type="checkbox"/> (B) DOLORE PALPAZIONE STILOIDE RADIALE SX		<input type="checkbox"/> SCATTO DURANTE L'ESTENSIONE DITO DX: (1° 2° 3° 4° 5°) <input type="checkbox"/> SCATTO DURANTE L'ESTENSIONE DITO SX: (1° 2° 3° 4° 5°)
FINKELSTEIN (DEVIAZIONE ULNARE DEL POLSO)		FLESSO-ESTENS DEL POLSO: MOTILITA' PASSIVA E CONTRO RESISTENZA (C/R)	
	<input type="checkbox"/> DOLORE ALLA "TABACCHIERA ANATOMICA" <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX		<input type="checkbox"/> DOLORE FLESSIONE C/R DX <input type="checkbox"/> DOLORE FLESSIONE C/R SX <input type="checkbox"/> DOLORE IN FLESSIONE PASSIVA DX <input type="checkbox"/> DOLORE IN FLESSIONE PASSIVA SX <input type="checkbox"/> DOLORE IN ESTEN. C/R DX <input type="checkbox"/> DOLORE IN ESTEN. C/R SX <input type="checkbox"/> DOLORE IN ESTENSIONE PASSIVA DX. <input type="checkbox"/> DOLORE IN ESTENSIONE PASSIVA SX.
d) SINTOMATOLOGIA PARESTESICA: MANOVRE ESEGUITE <input type="checkbox"/> SI			
DISTURBI (PARESTESICI) POLSO DX da _____ (mesi) DISTURBI (PARESTESICI) POLSO SX da _____ (mesi)			
DISTRETTO PROSSIMALE			
Presso-palpazione Dolente: APOFISI SPINOSE <input type="checkbox"/> M. TRAPEZIO SUP. <input type="checkbox"/> M. PARAVERTEBRALI <input type="checkbox"/>	Motilità dolente: FLESSIONE <input type="checkbox"/> ESTENSIONE <input type="checkbox"/> INCLINAZIONE DX <input type="checkbox"/> INCLINAZIONE SX <input type="checkbox"/> ROTAZIONE DX <input type="checkbox"/> ROTAZIONE SX <input type="checkbox"/>	 Test Di Stancabilità' (per 30") Parestesie: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	 Test Del Candeliere (per 30") Parestesie: <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX
DISTRETTO DISTALE			
PHALEN TEST		TEST DI PRESSIONE	
MANTENERE TALE POSIZIONE PER 60" 	Parestesie: N. MEDIANO <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX N. ULNARE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX NON TERRITORIALIZZATE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX	 COMPRESSIONE VOLARE AL POLSO PER 30"	Parestesie: N. MEDIANO <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX N. ULNARE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX NON TERRITORIALIZZATE <input type="checkbox"/> DX <input type="checkbox"/> SX

GINOCCHIO: MANOVRE ESEGUITE SI

OSSERVAZIONE IN STAZIONE ERETTA



VARISMO VALGISMO
 ASIMMETRIA
 TUMEFAZIONI DX SX
 CICATRICI DX SX
IPOMIOTROFIA MONOLATERALE DX SX

DOLORE IN "POSIZIONE ACCOSCIATA"

ASSENTE
 DOLORE A DX
 DOLORE A SX

PALPAZIONE - soggetto supino - ginocchio flessso e piede appoggiato

DOLORE EMIRIMA LATERALE

ASSENTE
 DOLORE A DX
 DOLORE A SX

DOLORE EMIRIMA MEDIALE

ASSENTE
 DOLORE A DX
 DOLORE A SX

DOLORE ROTULA

ASSENTE
 DOLORE A DX
 DOLORE A SX

TEST DOLORABILITA' COMPARTO MEDIALE E COMPARTO LATERALE

COMPARTO MEDIALE

ASSENTE
 PRESENTE DX
 PRESENTE SX

COMPARTO LATERALE

ASSENTE
 PRESENTE DX
 PRESENTE SX

NOTE

RISULTATO DEGLI ACCERTAMENTI SANITARI RICHIESTI

RX :Data _____	Distretto _____	Referto (ALLEGARE)
TAC: Data _____	Distretto _____	Referto (ALLEGARE)
RMN: Data _____	Distretto _____	Referto (ALLEGARE)
ECOGRAFIA: Data _____	Distretto _____	Referto (ALLEGARE)
EMG: Data _____	Distretto _____	Referto (ALLEGARE)

RICHIESTA APPROFONDIMENTO : SOSPETTO DIAGNOSTICO

V. ORTOPEDICA V. FISIATRICA V. NEUROLOGICA

CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE

IN APPROFONDIMENTO DIAGNOSI

GIUDIZIO DI IDONEITA'

IDONEO IDONEO CON LIMITAZIONI/PRESCRIZIONI: _____

NON IDONEO TEMPORANEMENTE SINO AL _____ PERMANENTEMENTE

GRAVITA DELLA/E PATOLOGIE

SPALLA	GOMITO	POLSO/MANO
<input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> GRAVE	<input type="checkbox"/> LIEVE <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> GRAVE

MALATTIA PROFESSIONALE NO

<input type="checkbox"/> CASO DENUNCIATO ALL'ORGANO DI VIGILANZA	Date: _____
<input type="checkbox"/> 1° CERTIFICATO SOSPETTA MALATTIA PROFESSIONALE	Date: _____

FIRMA DEL MEDICO _____

PATOLOGIE "LIEVI"		
SPALLA	GOMITO	POLSO/MANO
<ul style="list-style-type: none"> - Lieve Edema tendineo sovra spinoso o altri tendini cuffia dei rotatori - Lieve Edema tendineo capo lungo bicibite - Borsite spalla - Sindrome da conflitto di grado lieve 	<ul style="list-style-type: none"> - Lieve Edema tendineo ad 1 dei distretti interessati - Sospetta o lieve patologia canalicolare 	<ul style="list-style-type: none"> - Lieve Edema tendineo ad 1 dei distretti interessati - Sospetta o lieve patologia canalicolare - Dito a scatto
PATOLOGIE "MEDIE"		
SPALLA	GOMITO	POLSO/MANO
<ul style="list-style-type: none"> - Grave Edema tendineo sovra spinoso o di altri tendini cuffia dei rotatori - Grave Edema tendineo capo lungo bicibite - Sindrome da conflitto con limitazione funzionale 	<ul style="list-style-type: none"> - Grave Edema inserzione epicondiloidei/epitrocleite - Media patologia canalicolare - Borsite gomito - Correzione chirurgica di pat. canalicolari senza esiti 	<ul style="list-style-type: none"> - Grave Edema ad 1 dei distretti interessati - Media patologia canalicolare - Correzione chirurgica di patologie di interesse ma senza esiti
PATOLOGIE "GRAVI"		
SPALLA	GOMITO	POLSO/MANO
<ul style="list-style-type: none"> - Tendinosi - fibrosi - Calcificazione o lesione cuffia rotatori - Grave Edema tendineo capo lungo bicibite - Correzione chirurgica di patologia tendinea spalla 	<ul style="list-style-type: none"> - Tendinosi - fibrosi di 1 dei distretti interessati - Correzione chirurgica di patologie tendinee con esiti - Grave patologia canalicolare - Correzione chirurgica di patologie canalicolari con esiti 	<ul style="list-style-type: none"> - Correzione chirurgica di patologie tendinee con esiti - Grave patologia canalicolare - Correzione chirurgica di patologie canalicolari con esiti - Tendinosi di 1 dei distretti interessati