

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

Legge	<input type="text"/>		
N° caso/infortunio	<input type="text"/>	Data del infortunio	<input type="text"/> Ora <input type="text"/>
N° assicurato	<input type="text"/>	Prima visita	<input type="text"/> Ora <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
<b>Flessione</b>	Distanza tra sterno e mento <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Estensione</b>	Distanza tra sterno e mento <input type="text"/> cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rotazione a destra</b>	<input type="text"/> gradi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rotazione a sinistra</b>	<input type="text"/> gradi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Incl. laterale a destra</b>	<input type="text"/> gradi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Incl. laterale a sinistra</b>	<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

EAN, CCMS

superfluo per invio elettronico

*Il modulo di documentazione interamente compilato va inviato, una volta noto, all'assicuratore infortuni o malattia competente (posizione Tarmed 00.2215). Una copia va trasmessa anche al medico curante successivo.*