

# Scheda di documentazione dopo trauma alla spalla

# suva

Infortunio numero:

Data dell'infortunio:

<b>Impresa:</b>	Nome:
	Via, NPA località:

<b>Paziente:</b>	* Nome, *cognome:	N. AVS:
	Via:	* Data nasc.:
«* = campo obbligatorio»	NPA località:	Professione:

## Constatazioni iniziali generali:

Data dell'esame: \_\_\_\_\_ Data e ora dell'infortunio: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data della prima consultazione medica: \_\_\_\_\_ con medico: \_\_\_\_\_

Come è avvenuto l'infortunio (descrivere il più precisamente possibile):

Comportamento dopo l'evento:  Continuare l'attività come: Interrompere l'attività come: Altri:

Come e quando è avvenuto il ritorno al domicilio?

Spalla infortunata:  Destra  SinistraDisturbi precedenti alla medesima spalla:  no  sìUlteriori disturbi dovuti all'attuale infortunio:  no  sì

Quali:

## Constatazioni mediche della spalla (a torso nudo):

Segni di lesioni esterne (lividi, escoriazioni, ematomi, ecc.):  no  sì

Quali:

Dolore alla pressione locale:  no  sì

Quali:

Neurologia (orientamento):  normale  patologico

Quali:

Radiografia eseguita:  no  sìSe sì, constatazioni:  normale  patologico

Quali:

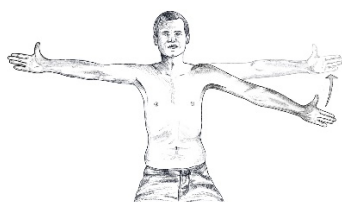
Data della radiografia:

Nome dell'istituto radiologico:

- Invio elettronico all'assicurazione infortuni (se necessario anche per posta)
- 1 copia stampata per il paziente (se necessario, per il medico che esegue il trattamento successivo)

Ampiezza del movimento, se possibile secondo il metodo dello zero neutro e informazioni sul lato opposto (vedi riquadro)

Movimento	Valori secondo il metodo dello zero neutro		
	Spalla infortunata		Lato opposto
	<input type="radio"/> Destra	<input type="radio"/> Sinistra	
Elevazione attiva oltre l'orizzontale possibile?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	— —	— —
Elevazione passiva oltre l'orizzontale possibile?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	— —	— —
Abduzione attiva oltre l'orizzontale possibile?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	— —	— —
Abduzione passiva oltre l'orizzontale possibile?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì	— —	— —
La mano può essere sollevata attivamente dietro la schiena (lift off)?	<input type="radio"/> no <input type="radio"/> sì		



Abduzione



Elevazione



Lift off

Quali ulteriori terapie vengono intraprese e da chi?

Incapacità lavorativa come \_\_\_\_\_ :  no  sì al: \_\_\_\_\_ %

Assegnazione ad uno specialista e/o ulteriori esami richiesti/previsti?  no  sì

Nome dello specialista: \_\_\_\_\_

**Osservazioni:**

**Prestatario:**

\*Nome: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

\*GLN.: \_\_\_\_\_

«\* = campo obbligatorio»

\*NPA località: \_\_\_\_\_

RCC: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

**Esecutore:**

se diverso dal prestatario

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
superflua in caso di invio elettronico

**Invio elettronico**

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati alla Suva.

In caso di problemi di spazio, è possibile utilizzare il campo aggiuntivo nella pagina seguente

- Invio elettronico all'assicurazione infortuni (se necessario anche per posta)
- 1 copia stampata per il paziente (se necessario, per il medico che esegue il trattamento successivo)

Campo  
aggiuntivo:

- Invio elettronico all'assicurazione infortuni (se necessario anche per posta)
- 1 copia stampata per il paziente (se necessario, per il medico che esegue il trattamento successivo)