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

medForms.ch
© 2012, tutti i diritti riservati

Legge

N° caso/infortunio

Data del infortunio | Ora

N° assicurato

Prima visita | Ora

Assicuratore

Ricovero ambulanza ☐ no ☐ sì. Si prega di allegare la copia del protocollo dell'ambullanza.

Trattamento successivo presso

1 Dati relativi al paziente

Cognome | Nome

Via | NPA Luogo

Data di nascita | Sesso

N° AVS | Telefono

2a Descrizione libera della dinamica dell'incidente in ordine cronologico da parte del paziente

2b Dinamica dell'infortunio

Indicazioni ☐ del paziente ☐ di terzi, chi?

Tipo di incidente ☐ Collisione posteriore ☐ Collisione laterale ☐ Collisione frontale
☐ Altro tipo d'infortunio. Quale?
☐ Conducente ☐ Passeggero ☐ Sedile posteriore

Urto della testa ☐ no ☐ sì, sul poggiatesta
☐ sì, fuori dal poggiatesta. Dove?

Collisione imminente ☐ no, non ne ero consapevole ☐ sì, ne ero consapevole

Posizione della testa ☐ flessa ☐ diritta (vale anche per lo sguardo nello specchietto retrovisore)
☐ sconosciuta ☐ uotata verso destra/sinistra (non vale per lo specchietto retrovisore)

Posizione del corpo ☐ posizione seduta diritta ☐ piegata in Avanti ☐ piegata verso destra/sinistra

Poggiatesta ☐ no ☐ sì

Cintura di sic. allacciata ☐ no ☐ sì

Airbag azionato ☐ no ☐ sì ☐ non disponibile

2c Le indicazioni cronologiche sulla dinamica dell'incidente fanno sospettare

Uno svenimento? ☐ no ☐ sì, durata? min

Un'amnesia? ☐ no ☐ sì, relativa all'evento ☐ sì, dopo l'evento. Durata? min
☐ sì, prima dell'evento. Durata? min

Reazione di panico o shock? ☐ no ☐ sì

3 Attività dopo l'incidente

Il/La paziente è stato/a in grado di proseguire in qualità di conducente con l'auto accidentata dopo l'incidente?

☐ sì ☐ no, perché

Il/La paziente è stato/a in grado di proseguire in qualità di passeggero/a con l'auto accidentata dopo l'incidente?

☐ sì ☐ no, perché

Dopo l'incidente, il/la paziente è stato/a in grado di svolgere le attività previste?

☐ sì ☐ no, perché

4 Indicazioni del paziente relative al decorso dei disturbi dal momento dell'infortunio

	no	sì, subito	sì, dopo ... ore (inserire numero di ore)	raccontato spontaneamente	su domanda	intensità del dolore 0 = nessun dolore 10 = dolore insopportabile	irradiazione del dolore? dove?
Dolori alla testa	☐	☐		☐	☐		
Dolori alla nuca	☐	☐		☐	☐		
Vertigini	☐	☐		☐	☐		
Nausea	☐	☐		☐	☐		
Vomito	☐	☐		☐	☐		
Disturbi dell'udito	☐	☐		☐	☐		
Disturbi della vista	☐	☐		☐	☐		
Disturbi del sonno	☐	☐		☐	☐		

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	Dolore sì
Flessione	Distanza tra sterno e mento		cm	☐	☐
Estensione	Distanza tra sterno e mento		cm	☐	☐
Rotazione a destra			gradi	☐	☐
Rotazione a sinistra			gradi	☐	☐
Incl. laterale a destra			gradi	☐	☐
Incl. laterale a sinistra			gradi	☐	☐

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
☐	☐	0	Nessun disturbo alla nuca, nessun reperto somatico
☐	☐	I	Disturbi alla nuca con dolori, sensazione di rigidità oppure solo dolore, nessun reperto somatico, mobilità normale
☐	☐	II	Disturbi alla nuca e reperti muscoloscheletrici (inclusi mobilità ridotta e dolori puntuali alla pressione in punti specifici inclusi)
☐	☐	III	Disturbi alla nuca e reperti neurologici (inclusi riflessi neuromuscolari ridotti o mancanti, debolezza muscolare e alterazioni della sensibilità)
☐	☐	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

eMail

Firma

GLN, RCC

superfluo per invio elettronico

Il modulo di documentazione interamente compilato va inviato, una volta noto, all'assicuratore infortuni o malattia competente (posizione TarDoc AA.25.0030). Una copia va trasmessa anche al medico curante successivo.