

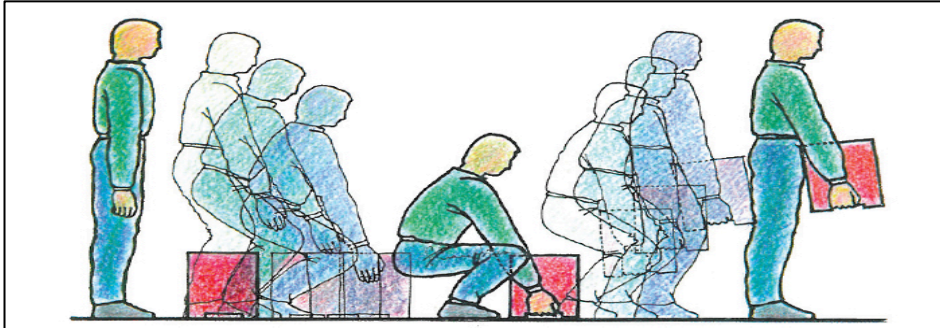
Questionario anamnestico per le patologie del rachide

QUESTIONARIO **3**
PAGINA 1

M
O
D
E
L
L
O

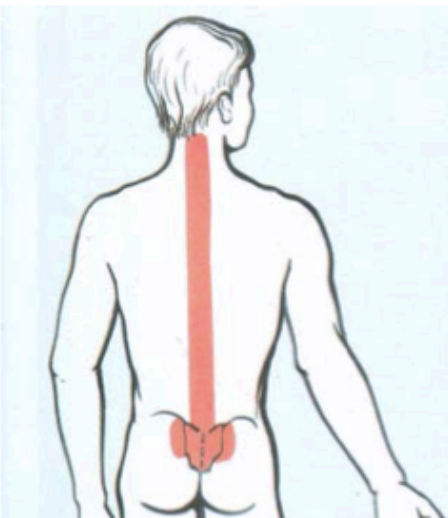
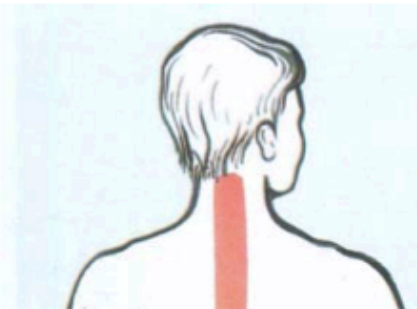
2
0
1
8

La/il sottoscritta/o _____
 nat_a _____ () il ____ / ____ / ____
 dipendente dell'azienda _____ con la mansione di: _____



Negli ultimi 12 mesi ha sofferto di disturbi al rachide: SI NO Se ha risposto **SI** compili la seguente tabella.

Nb: disegnare sulla figura le aree dei disturbi e le eventuali aree di irradiazione.



CERVICALE (fastidio, senso di peso, dolore) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
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 CERVICALI _____ giorni				
DORSALE (fastidio, senso di peso, dolore) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
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 DORSALI _____ giorni				
LOMBOSACRALE (fastidio, senso di peso, dolore) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
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 INFERIORE	DX	SX
ASSENZE DAL LAVORO PER DISTURBI LOMBARI _____ giorni				

Questionario anamnestico per le patologie del rachide

LOMBALGIE ACUTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
n° episodi acuti Totali	
n° episodi acuti nell'ultimo anno	<input type="checkbox"/> lombalgia <input type="checkbox"/> lombosciatalgia
anno del 1° episodio	
ASSENZE DAL LAVORO PER LOMBALGIE ACUTE _____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 PATOLOGIE RACHIDE (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 _____	

D A T A _____ FIRMA DEL LAVORATORE _____