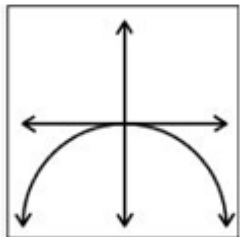
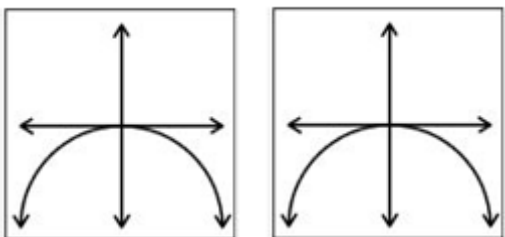


Foglio della visita

1. Genere <input type="checkbox"/> Ragazzo <input type="checkbox"/> Ragazza	Età	Altezza (cm)	Peso (kg)												
2. Analisi della camminata	Zoppia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Posizione delle ginocchia <input type="checkbox"/> ok <input type="checkbox"/> Varo <input type="checkbox"/> Valgo	Pronazione/supinazione dei piedi <input type="checkbox"/> Normale (fino a 15° di out toeing) <input type="checkbox"/> Sì, in toeing <input type="checkbox"/> Sì, out toeing												
3. Ispezione in piedi da davanti/dietro	Spalla alta <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, sx <input type="checkbox"/> Sì, dx	Bacino alto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, sx <input type="checkbox"/> Sì, dx	Deviazione scoliotica CT: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, conv. sx <input type="checkbox"/> Sì, conv. dx CL: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, conv. sx <input type="checkbox"/> Sì, conv. dx												
4. Ispezione in piedi laterale	Filo di piombo: Orecchio (condotto uditivo), spalla (acromion), grande trocantere sono a filo di piombo con il malleolo laterale? <table border="1"> <tr> <td>Grande trocantere</td> <td><input type="checkbox"/> ok</td> <td><input type="checkbox"/> ventrale dal filo di piombo</td> <td><input type="checkbox"/> dorsale dal filo di piombo</td> </tr> <tr> <td>Orecchio/condotto uditivo</td> <td><input type="checkbox"/> ok</td> <td><input type="checkbox"/> ventrale dal filo di piombo</td> <td><input type="checkbox"/> dorsale dal filo di piombo</td> </tr> <tr> <td>Acromion</td> <td><input type="checkbox"/> ok</td> <td><input type="checkbox"/> ventrale dal filo di piombo</td> <td><input type="checkbox"/> dorsale dal filo di piombo</td> </tr> </table>			Grande trocantere	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> ventrale dal filo di piombo	<input type="checkbox"/> dorsale dal filo di piombo	Orecchio/condotto uditivo	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> ventrale dal filo di piombo	<input type="checkbox"/> dorsale dal filo di piombo	Acromion	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> ventrale dal filo di piombo	<input type="checkbox"/> dorsale dal filo di piombo
Grande trocantere	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> ventrale dal filo di piombo	<input type="checkbox"/> dorsale dal filo di piombo												
Orecchio/condotto uditivo	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> ventrale dal filo di piombo	<input type="checkbox"/> dorsale dal filo di piombo												
Acromion	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> ventrale dal filo di piombo	<input type="checkbox"/> dorsale dal filo di piombo												
	Colonna toracica (CT): <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> Schiena piatta <input type="checkbox"/> Ipercifosi Colonna lombare (CL): <input type="checkbox"/> normale <input type="checkbox"/> Iperlordosi <input type="checkbox"/> Ipolordosi														
5. Forward bending/ screening della scoliosi	Presenza di gibbo costale: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, sx <input type="checkbox"/> Sì, dx Se disponibile lo scolimetro: Grado: _____														
6. Coordinazione/ in piedi su una gamba	Mano dominante (= mano con la quale si scrive) <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra Gamba dominante (= gamba con la quale si calcia spontaneamente un pallone) <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra <table border="1"> <tr> <td>Miglior tentativo:</td> <td>Occhi aperti:</td> <td>Occhi chiusi:</td> </tr> <tr> <td>Gamba dominante</td> <td>sec (max. 30 sec)</td> <td>sec (max. 30 sec)</td> </tr> <tr> <td>Gamba non dominante</td> <td>sec (max. 30 sec)</td> <td>sec (max. 30 sec)</td> </tr> </table>			Miglior tentativo:	Occhi aperti:	Occhi chiusi:	Gamba dominante	sec (max. 30 sec)	sec (max. 30 sec)	Gamba non dominante	sec (max. 30 sec)	sec (max. 30 sec)			
Miglior tentativo:	Occhi aperti:	Occhi chiusi:													
Gamba dominante	sec (max. 30 sec)	sec (max. 30 sec)													
Gamba non dominante	sec (max. 30 sec)	sec (max. 30 sec)													
7. Mobilità della colonna vertebrale	In piedi: CL 	Da seduto: CT/CC 													
	Crocetta=limitazione; crocetta all'esterno: leggera (1/3), crocetta al centro: media (2/3), crocetta all'interno: forte (3/3) Cerchio=dolore, non viene quantificato precisamente														
8. Allungamento muscolare	Muscoli ischiocrurali: segno di Lasègue attivo (piede in flessione plantare, ginocchio in estensione completa) Sx: <input type="checkbox"/> < 60 gradi <input type="checkbox"/> 60-90 gradi <input type="checkbox"/> > 90 gradi Dx: <input type="checkbox"/> < 60 gradi <input type="checkbox"/> 60-90 gradi <input type="checkbox"/> > 90 gradi Se disponibile un goniometro: Sx _____ gradi Dx: _____ gradi														
9. Mobilità delle anche	Posizione supina: Flessione: <input type="checkbox"/> ≥110 gradi da entrambi i lati <input type="checkbox"/> <110 gradi da entrambi i lati <input type="checkbox"/> <110 gradi da un lato Dolore: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, da entrambi i lati <input type="checkbox"/> Sì, da un lato Screening dell'impingement: <input type="checkbox"/> Dolore da entrambi i lati <input type="checkbox"/> Dolore a sx <input type="checkbox"/> Dolore a dx <input type="checkbox"/> Nessun dolore Posizione prona: rotazioni <input type="checkbox"/> Rotazione interna = rotazione esterna da entrambi i lati <input type="checkbox"/> Rotazione interna >> rotazione esterna da un lato <input type="checkbox"/> Rotazione interna >> rotazione esterna da entrambi i lati Dolore: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, nella rotazione interna <input type="checkbox"/> Sì, nella rotazione esterna														
10. Palpazione	CL <input type="checkbox"/> Mobilità ok <input type="checkbox"/> Ipomobile <input type="checkbox"/> Ipermobile CT <input type="checkbox"/> Mobilità ok <input type="checkbox"/> Ipomobile <input type="checkbox"/> Ipermobile CC <input type="checkbox"/> Mobilità ok <input type="checkbox"/> Ipomobile <input type="checkbox"/> Ipermobile	<input type="checkbox"/> Nessun dolore <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Nessun dolore <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Nessun dolore <input type="checkbox"/> Dolore													
11. Trunk muscle endurance	Plank: _____ sec (max. 180 sec)														

Raccomandazioni:

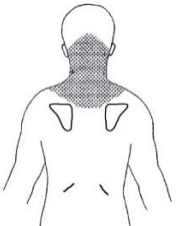


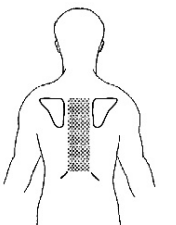


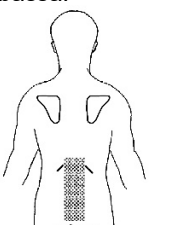


- Non sono necessari ulteriori accertamenti/trattamenti
- Indagine specifica: collo schiena media schiena bassa
- Indagine specifica: _____
- Più attività fisica

Questionario

Rispondete a ciascuna domanda apponendo **soltanto una crocetta** (ad eccezione della domanda 5, per la quale sono possibili più risposte). Se nessuna risposta vi sembra adatta, mettete la crocetta su quella che si avvicina di più.

Per le ragazze: nel presente questionario le domande si riferiscono a dolori alla schiena che non si presentano in correlazione con il ciclo mensile (mestruazioni/periodo).

Età (anni): _____ Genere: Ragazzo Ragazza Altro

1. Collo Questa immagine mostra il collo:  Persona da dietro	1a. Hai mai avuto dolori al collo? <input type="checkbox"/> No, ancora mai avuti <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte <input type="checkbox"/> Sì, spesso	I volti che seguono indicano quanto può essere forte il dolore. Si va da "nessun dolore" a "dolori fortissimi". Apponi una crocetta (X) sul volto che indica quanto forti erano i dolori al collo nel momento in cui erano più intensi. nessun dolore dolori fortissimi 
	1b. Hai avuto dolori al collo nell'ultima settimana ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte (più volte a settimana) <input type="checkbox"/> Sì, ogni giorno	Apponi una crocetta (X) sul volto che indica quanto forti erano i dolori al collo nel momento della scorsa settimana in cui erano più intensi. nessun dolore dolori fortissimi 
2. Schiena media Questa immagine mostra la schiena media:  Persona da dietro	2a. Hai mai avuto dolori alla schiena media? <input type="checkbox"/> No, ancora mai avuti <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte <input type="checkbox"/> Sì, spesso	Apponi una crocetta (X) sul volto che indica quanto forti erano i dolori alla schiena media nel momento in cui erano più intensi. nessun dolore dolori fortissimi 
	2b. Hai avuto dolori alla schiena media nell'ultima settimana ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte (più volte a settimana) <input type="checkbox"/> Sì, ogni giorno	Apponi una crocetta (X) sul volto che indica quanto forti erano i dolori alla schiena media nel momento della scorsa settimana in cui erano più intensi. nessun dolore dolori fortissimi 
3. Schiena bassa Questa immagine mostra la schiena bassa:  Persona da dietro	3a. Hai mai avuto dolori alla schiena bassa? <input type="checkbox"/> No, ancora mai avuti <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte <input type="checkbox"/> Sì, spesso	Apponi una crocetta (X) sul volto che indica quanto forti erano i dolori alla schiena bassa nel momento in cui erano più intensi. nessun dolore dolori fortissimi 
	3b. Hai avuto dolori alla schiena bassa nell'ultima settimana ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte (più volte a settimana) <input type="checkbox"/> Sì, ogni giorno	Apponi una crocetta (X) sul volto che indica quanto forti erano i dolori alla schiena bassa nel momento della scorsa settimana in cui erano più intensi. nessun dolore dolori fortissimi 
4. Scuola, sport, trattamento	Ti è mai capitato di stare a casa e non andare a scuola a causa di dolori al collo o alla schiena? <input type="checkbox"/> No, ancora no <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte <input type="checkbox"/> Sì, spesso Ti è mai capitato di non poter praticare sport a causa di dolori al collo o alla schiena? <input type="checkbox"/> No, ancora no <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte <input type="checkbox"/> Sì, spesso Sei già stato da un medico, da un chiropratico o da un fisioterapista a causa di dolori al collo o alla schiena? <input type="checkbox"/> No, ancora no <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte <input type="checkbox"/> Sì, spesso	
5. Altri dolori	Nell'ultima settimana hai avuto dolori nelle seguenti zone del corpo (più risposte possibili)? <input type="checkbox"/> No, nessun dolore <input type="checkbox"/> Sì, mal di testa <input type="checkbox"/> Sì, mal di pancia (non collegato ai disturbi mestruali) <input type="checkbox"/> Sì, dolori alle braccia (spalle, gomiti, mani) <input type="checkbox"/> Sì, dolori alle gambe (cosce, ginocchia, piedi/caviglie) <input type="checkbox"/> Sì, dolori in un'altra area: _____ (indica l'area in cui hai avuto i dolori)	
6. Sonno	Nell'ultima settimana hai avuto difficoltà ad addormentarti o ti sei svegliato spesso durante la notte? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte (più volte a settimana) <input type="checkbox"/> Sì, ogni notte Nell'ultima settimana hai accusato sonnolenza durante il giorno? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì, una o due volte <input type="checkbox"/> Sì, a volte (più volte a settimana) <input type="checkbox"/> Sì, ogni giorno	
7. Stato generale di salute	Come descriveresti in generale il tuo stato di salute? <input type="checkbox"/> Eccellente <input type="checkbox"/> Molto buono <input type="checkbox"/> Buono <input type="checkbox"/> Non molto buono <input type="checkbox"/> Cattivo Pensi che senza dolori al collo o alla schiena il tuo stato di salute sarebbe migliore? <input type="checkbox"/> No, perché non ho nessun dolore al collo o alla schiena <input type="checkbox"/> No, i dolori al collo o alla schiena non influiscono affatto sul mio stato di salute <input type="checkbox"/> Sì, senza dolori al collo o alla schiena il mio stato di salute sarebbe decisamente migliore <input type="checkbox"/> Sì, senza dolori al collo o alla schiena il mio stato di salute sarebbe un po' migliore	