Cartella clinica fisioterapica

Modello da compilare a mano, con le sezioni in ordine di valutazione.

Studio / professionista _____ Data apertura cartella _____

1 Dati paziente

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Codice fiscale _____

Telefono _____ Email _____

Professione _____

2 Contatti di emergenza

Nome e cognome _____ Relazione _____ Telefono _____

3 Medico curante (MMG / PLS)

Nome e cognome _____ Telefono _____

Email _____ Struttura _____

Note _____

4 Consensi

☐ Informativa privacy ricevuta e letta

☐ Consenso informato al trattamento fisioterapico

Data _____ Firma del paziente _____

Firma del professionista _____

1 Caratteristiche del dolore

Sede

Segna la zona anche sulla body chart a pagina 3.

Irradiazione

Qualità del dolore

☐ Trafittivo ☐ Sordo ☐ Bruciante ☐ Pulsante ☐ Altro _____

Intensità: scala VAS

Segna con una X la casella corrispondente al dolore percepito.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

0 = nessun dolore

10 = dolore massimo immaginabile

Fattori aggravanti

Fattori allevianti

Pattern nelle 24 ore

☐ Rigidità mattutina ☐ Dolore notturno ☐ Peggiora a fine giornata ☐ Costante ☐ Variabile

2 Sintomi associati

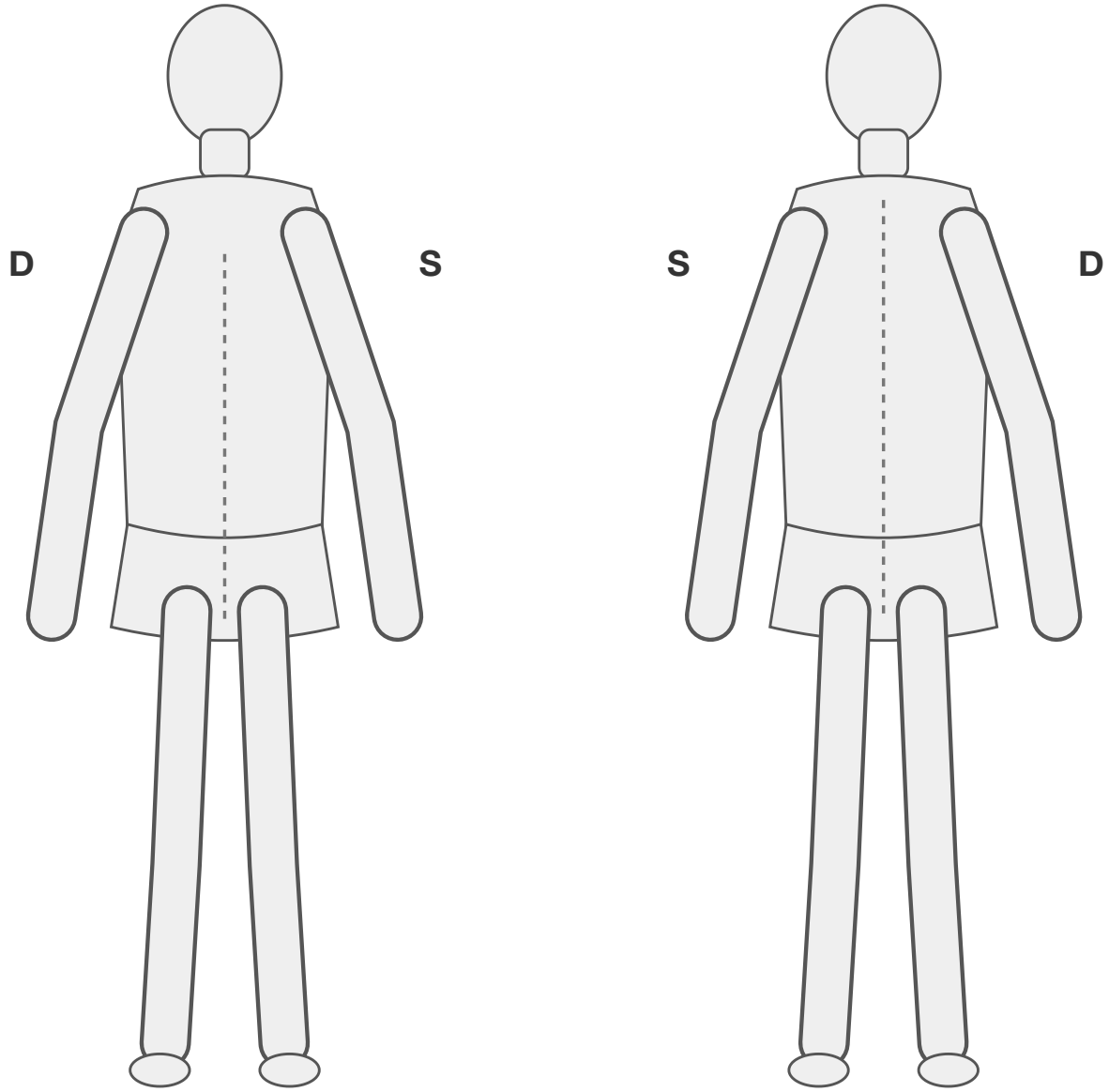
☐ Parestesie (formicolio, intorpidimento) ☐ Nausea ☐ Vertigini ☐ Altro _____

Note cliniche

1 Body chart (mappa del dolore)

Disegna a penna la zona dolente e i sintomi con i simboli della legenda. Scrivi la data della valutazione.

Data della valutazione _____



Vista anteriore

Vista posteriore

Legenda suggerita

Simbolo	Significato	Simbolo	Significato
/////	Dolore (area dolorosa)	ooo	Parestesie (formicolio)
xxx	Bruciore	––>	Irradiazione (la freccia indica la direzione)
+	Punto dolente alla palpazione	~~~	Rigidità
(+)	Gonfiore	[ ]	Cicatrice

Usa i simboli sempre allo stesso modo, così le tavole di sedute diverse si confrontano.

1 Limitazioni funzionali

Attività della vita quotidiana (ADL)

Attività	0	1	2	3	4
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○
	○	○	○	○	○

Gravità: 0 Assente · 1 Lieve · 2 Moderata · 3 Grave · 4 Totale

Limitazioni lavorative

_____

_____

Limitazioni sportive

_____

_____

2 Stile di vita

Alimentazione _____

Idratazione (litri al giorno) _____ Alvo (frequenza, consistenza) _____

Diuresi _____ Attività fisica (tipo, frequenza) _____

Sonno

Ore per notte _____

☐ Qualità buona ☐ Qualità discreta ☐ Qualità scarsa

☐ Posizione: supina ☐ prona ☐ laterale ☐ Altro _____

Fumo (sigarette al giorno) _____ Alcol (unità a settimana) _____

1 Anamnesi lavorativa

Occupazione attuale _____ Ore di lavoro al giorno _____

Occupazioni precedenti _____

Fattori di rischio (postura, carichi, ripetitività) _____

Cambiamenti recenti _____

Rischi ambientali _____

2 Anamnesi patologica remota

Interventi

Tipo di intervento	Data	Complicanze	Cicatrici

Traumi

Descrizione	Data	Meccanismo

Patologie croniche _____

Farmaci assunti in precedenza _____

3 Anamnesi patologica prossima

Evoluzione del problema _____

Esami strumentali

Tipo di esame	Data	Referto

Trattamenti già provati _____

Esiti _____

4 Allergie e intolleranze

5 Terapia farmacologica

Farmaco	Dose	Frequenza

6 Valutazione biomeccanica

☐ Destrimane ☐ Mancino ☐ Ambidestro

Ausili in uso _____

Cambiamenti recenti di attrezzatura (scarpe, postazione, sedia) _____

Note sulla mobilità _____

7 Red flags

Segnale	Sì	No
Calo ponderale non spiegato	☐	☐
Dolore notturno costante	☐	☐
Febbre	☐	☐
Trauma recente in anziano	☐	☐
Uso prolungato di corticosteroidi	☐	☐
	☐	☐
	☐	☐

8 Anamnesi del locomotore

Episodi precedenti

Interventi ortopedici (con cicatrici e complicanze)

Intervento	Data	Cicatrici e complicanze

Traumi dell'apparato locomotore (con meccanismo)

Descrizione	Data	Meccanismo

Esami strumentali correlati (con referto)

Esame	Data	Referto

Note sul protocollo post-operatorio _____

1 Diario delle sedute

Una riga per seduta: data, durata, attività svolte, osservazioni, progressi sugli obiettivi, compiti a casa.

Data	Durata (min)	Trattamento / attività	Osservazioni	Progressi	Compiti a casa