



## SCHEDA AMALATUASCHIENA

La scheda AMALATUASCHIENA è una scheda di AUTO-VALUTAZIONE su varie aree. Serve a descrivere in modo chiaro e preciso il tuo mal di schiena ed il quadro su cui si instaura.

La scheda è divisa in 3 parti, che corrispondono ai 3 pilastri della cura del mal di schiena contenuti nelle prime 3 PILLOLE DI AMALATUASCHIENA:

- ☉ PRIMA PARTE: prevede la valutazione della tua STRUTTURA FISICA e del tuo STILE DI VITA
- ☉ SECONDA PARTE: prevede l'analisi e la descrizione approfondita dei tuoi SINTOMI
- ☉ TERZA PARTE: prevede la valutazione di eventuali ALTRE PROBLEMATICHE O PATOLOGIE, che possono interferire con il mal di schiena, in termini di causa o conseguenza, e che possono integrare o limitare il percorso riabilitativo

È importante per 2 ragioni:

1. Perché devi prendere consapevolezza che ciò che scriverai è direttamente collegato al tuo mal di schiena, come causa e come azioni concrete da fare per guarire
2. Perché potrai dare tutte queste informazioni a chi ti prenderà in cura: al tuo medico, per arrivare ad una diagnosi individuale approfondita, ed al tuo fisioterapista, per impostare un percorso riabilitativo serio, che preveda azioni mirate in queste aree

È fondamentale rispondere in modo preciso alla domande, quindi prenditi tutto il tempo di cui hai bisogno.

Se non hai subito chiaro cosa rispondere o non hai consapevolezza di un determinato aspetto, sospendi la compilazione della scheda fino a quando non sarai certo di cosa rispondere.

Anche se pensi di avere le idee abbastanza chiare, ti consiglio comunque di non rispondere di getto, ma di aspettare e verificare se la tua risposta è corretta, se devi cambiarla o magari aggiungere qualcosa.

Le domande possono prevedere anche più risposte, quindi non devi necessariamente scegliere, barra tutte le risposte che ritieni giuste.

Se tra le risposte presenti non trovi quella adatta a descrivere il tuo problema, barra la casella ALTRO e scrivi accanto la tua risposta

BUONA COMPILAZIONE!  
Dott.ssa Barbara Corrieri

NOME E COGNOME: \_\_\_\_\_ ETÀ: \_\_\_\_\_  
ALTEZZA: \_\_\_\_\_ PESO ATTUALE: \_\_\_\_\_

## LA TUA STRUTTURA

### I PARTE

#### 1. COME TI PERCEPISCI DA UN PUNTO DI VISTA FISICO GENERALE?

- ELASTICO
- LEGGERO
- ARMONIOSO
- PRESTANTE
- APPESANTITO
- SCHIACCIATO
- RIGIDO
- ALTRO: \_\_\_\_\_

#### 2. COME TI SENTI DAL PUNTO DI VISTA DEL MOVIMENTO?

- FLESSIBILE
- ELASTICO
- LIBERO
- COORDINATO
- RIGIDO
- GOFFO
- IMPACCIATO
- RALLENTATO
- SCOORDINATO
- AFFATICATO
- ALTRO: \_\_\_\_\_

#### 3. HAI DEI MOVIMENTI LIMITATI O ADDIRITTURA BLOCCATI?

- NO
- SÌ

4. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, IN QUALE ZONA? QUALE/I MOVIMENTO/I NELLO SPECIFICO?

---

---

5. SENTI DI ESSERE CAMBIATO NEGLI ULTIMI TEMPI A LIVELLO FISICO?

NO

SÌ

6. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, IN COSA TI SENTI CAMBIATO? IN CHE MODO?

NEL PESO

---

---

NELLA POSTURA

---

---

NEI MOVIMENTI

---

---

ALTRO:

---

---

---

7. COME SONO I TUOI MUSCOLI?

TONICI

FLACCIDI

DURI

DOLENTI:

TOCCANDOLI

SPONTANEAMENTE

ALTRO:

---

---

Alle prossime domande, rispondi solo se hai effettuato visite specialistiche ed indagini cliniche.

In questo caso, riporta la risposta sulla scheda e metti da parte l'esame corrispondente.

Quando ti recherai a visita dal tuo medico dovrai portare, oltre alla scheda, i referti delle visite e gli esami selezionati.

**8. HAI FATTO INDAGINI CHE RIVELANO OSTEOPOROSI O OSTEPENIA?**

- NO
- SÌ

**9. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUALI? ALLEGA I PIÙ RECENTI**

- LASTRA

DATA: \_\_\_\_\_

ZONA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- MOC:

DATA: \_\_\_\_\_

- ESAMI DEL SANGUE:

DATA: \_\_\_\_\_

**10. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, STAI SEGUENDO UNA CURA?**

- NO
- SÌ

**11. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUALE?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. HAI AVUTO FRATTURE SPONTANEE O CROLLI VERTEBRALI?**

- NO
- SÌ

**13.** SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUANDO ED IN QUALE ZONA?  
ALLEGA LASTRE O ALTRI ESAMI:

---

---

---

---

**14.** A LIVELLO DELLA COLONNA VERTEBRALE, TI SONO STATI DIAGNOSTICATI I SEGUENTI PROBLEMI AI DISCHI INTERVERTEBRALI?

ALLEGA RMN O ALTRI ESAMI

- SCHIACCIAMENTO
- DISIDRATAZIONE
- DISCOPATIA DEGENERATIVA
- BULGING DISCALE
- PROTRUSIONE/I
- ERNIA/E DEL DISCO
- ERNIA/E DI SCHMORL

**15.** SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, A QUALE LIVELLO?

Il livello è indicato da lettere (C, D, L o S) e numeri: ad esempio C4/C5, D11/ D12, L5/S1.

ALLEGA RMN O TAC

---

---

---

---

**16.** A LIVELLO DELLA COLONNA VERTEBRALE TI SONO STATI DIAGNOSTICATI I SEGUENTI PROBLEMI ARTICOLARI?

- SPONDILOARTROSI
- SPONDILOSI
- UNCOARTROSI
- SINDROME DELLE FACETTE ARTICOLARI
- IPERTROFIA DEI LEGAMENTI GIALLI

**17.** SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, A QUALE LIVELLO? ALLEGA LASTRA, RMN O TAC

- CERVICALE

---

---

DORSALE

---

---

LOMBARE

---

---

**18.** TI È STATA DIAGNOSTICATA UNA SCOLIOSI?

NO

SÌ

**19.** SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, A QUALE LIVELLO? ALLEGA LASTRA

CERVICALE

DORSALE

LOMBARE

**20.** TI È STATA DIAGNOSTICATA UNA LISTESI?

NO

SÌ

**21.** SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, A QUALE LIVELLO?

ALLEGA LA LASTRA

---

---

**22.** TI È STATA DIAGNOSTICATA UNA STENOSI DEL CANALE VERTEBRALE?

NO

SÌ

**23.** SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, A QUALE LIVELLO? ALLEGA LASTRA, RMN O TAC

---

---

**24.** IL TUO STILE DI VITA È:

ATTIVO

SEDENTARIO

## IL TUO STILE DI VITA

**25. CHE LAVORO FAI?**

SE ORA NON STAI LAVORANDO, SCRIVI COSA HAI FATTO IN PASSATO.

NON SCRIVERE SOLO LA QUALIFICA, DESCRIVI LA TUA ATTIVITÀ DA UN PUNTO DI VISTA FISICO

---

---

---

---

**26. QUANTI GIORNI A SETTIMANA LAVORI? QUANTE ORE AL GIORNO?**

---

---

---

---

**27. QUALE POSIZIONE ASSUMI PREVALENTEMENTE DURANTE IL LAVORO?**

- SEDUTO
- IN PIEDI
- CAMBI SPESSO POSIZIONE

**28. PER LAVORO SEI COSTRETTO A SOLLEVARE PESI?**

- NO
- SÌ
- RARAMENTE
- SPESSO
- PESI < 10 KG
- PESI > 10 KG

**29. IL TUO LAVORO PREVEDE LA RIPETIZIONE DI UNO STESSO MOVIMENTO PER ORE?**

- NO
- SÌ

**30. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUALE?**

---

---

**31. PRATICHI ATTIVITÀ FISICA?**

- NO
- SÌ

**32. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUALE?**

---

---

---

**33. CON QUALE FREQUENZA?**

---

**34. DURANTE O DOPO L'ATTIVITÀ FISICA HAI DOLORE?**

- NO
- SÌ

**35. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, DOVE?**

- CERVICALE
- DORSALE
- LOMBARE
- ALTRO

---

---

---

**36. QUANTA ACQUA BEVI DURANTE IL GIORNO, ESCLUDENDO I PASTI?**

---

---

---

---

**37. AVVERTI LA SETE?**

- NO
- SÌ

**38. COME DESCRIVERESTI LA TUA ALIMENTAZIONE?**

- MISURATA
- ABBONDANTE
- MANGI CIBI SANI



- MANGI CIBI PRONTI
- MANGI CIBI SPAZZATURA
- FAI PASTI REGOLARI
- SALTII PASTI

**39.** CI SONO CIBI CHE NON MANGI? SE SÌ, QUALI E PERCHÈ?

---

---

---

---

**40.** COME DEFINIRESTI LA QUALITÀ DEL TUO SONNO?

- BUONA
- CATTIVA
- PESSIMA

**41.** QUANTE ORE CONSECUTIVE DORMI A NOTTE?

---

**42.** HAI IL SONNO:

- LEGGERO
- PESANTE

**43.** TI SVEGLI DURANTE LA NOTTE?

- NO
- SÌ

**45.** SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUANTE VOLTE E PERCHÈ?

---

---

---

**46.** TI SVEGLI:

- RIPOSATO
- STANCO
- DISTRUTTO

**47.** DURANTE LA NOTTE HAI DOLORE?

- NO
- SÌ

**48.** SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, DOVE?

---

---

---

---

**49.** IN QUALE POSIZIONE DORMI?

- PANCIA IN SU
- PANCIA IN GIÙ
- FIANCO DESTRO
- FIANCO SINISTRO

**50.** FUMI?

- NO
- SÌ

**51.** SE HAI RISPOSTO SÌ, QUANTO?

---

---

---