



SCHEDA AMALATUASCHIENA

II PARTE

Nella prima parte della scheda hai descritto la tua struttura fisica ed il tuo stile di vita. Nella seconda parte prenderai consapevolezza e descriverai le caratteristiche del tuo dolore, per poterne capire le cause.

Per questa ragione ti consiglio di non rispondere subito alle domande. Ascolta con attenzione il dolore, le sue caratteristiche, le sue variazioni. Prenditi un giorno di tempo, anche di più se ne necessario, per rispondere in modo certo e preciso

Se stai assumendo farmaci per il dolore (antidolorifici, antinfiammatori, ecc...) il mio consiglio è di sospenderli e di rispondere alle domande dopo almeno 48 ore dall'ultima assunzione. Questo perché i sintomi, per essere veritieri, devono essere puri e non falsati dall'azione dei farmaci.

Se hai dolore in più zone della schiena, alle domande sul dolore rispondi in modo specifico per ciascuna zona, mettendo vicino alla risposta la lettera iniziale della zona a cui ti riferisci (ad esempio, cervicale: C, lombare L, braccio destro BD, ecc...)

DISEGNA SULLE FIGURE CHE TROVI QUI SOTTO TUTTE LE ZONE IN CUI HAI DOLORE, SIA A LIVELLO DELLA SCHIENA MA ANCHE DELLE ALTRE PARTI DEL CORPO.

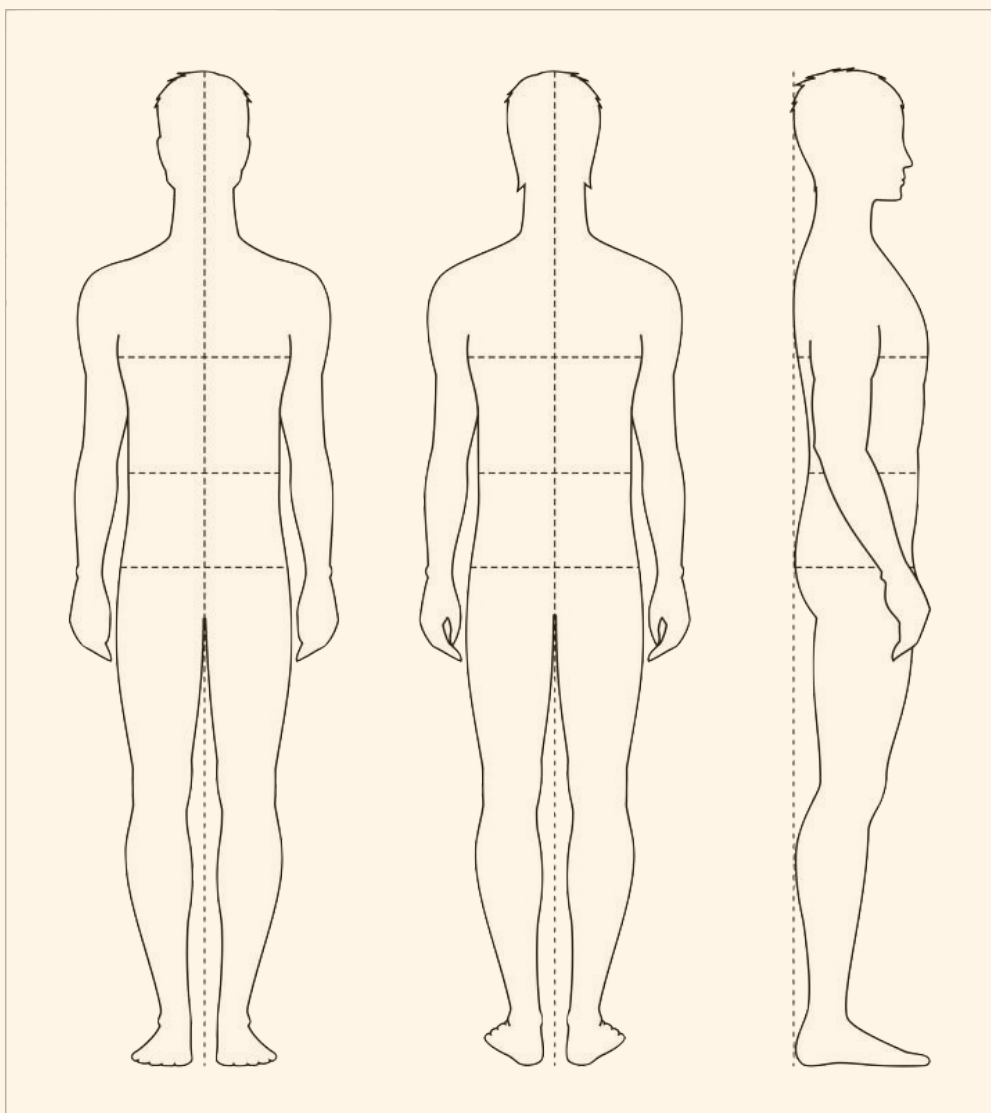
UTILIZZA UN COLORE DIVERSO PER OGNI ZONA.

SEGNA TUTTO IL DECORSO DEL DOLORE, DA DOVE PARTE A DOVE ARRIVA

UTILIZZA LA DENSITÀ DEL TRATTO PER RAPPRESENTARE L'INTENSITÀ DEI SINTOMI. QUINDI, SE UN SINTOMO È LEGGERO, IL TRATTO SARÀ SOTTILE; SE È FORTE, IL TRATTO SARÀ PIÙ MARCATO

NEI PUNTI DI MAGGIORE DOLORE, METTI UNA X

QUESTO SCHEMA PERMETTERÀ DI AVERE UNA VISIONE D'INSIEME DEI TUOI SINTOMI.



1. IN QUALE ZONA HAI DOLORE?

- CERVICALE (C)
- DORSALE (D)
- LOMBARE (L)

2. PIÙ PRECISAMENTE IL DOLORE È:

Se hai dolore in più zone scrivi accanto alla risposta la lettera iniziale della zona (C,D,L)

- CENTRALE _____
- A DESTRA _____
- A SINISTRA _____
- A FASCIA _____

3. CHE TIPO DI DOLORE È?

Se hai dolore in più zone scrivi accanto alla risposta la lettera iniziale della zona (C,D,L)

- FASTIDIO _____
- DOLORE _____
- BRUCIORE _____
- MORSA _____
- PESANTEZZA _____
- RIGIDITÀ _____
- FITTA _____
- COLTELLATA _____
- ALTRO: _____

4. IL DOLORE È:

- COSTANTE
- VA E VIENE

5. SI SPOSTA?

- NO
- SÌ

6. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, DOVE ARRIVA?

- SUL BRACCIO
- SULLE BRACCIA
- SULLA GAMBA
- SULLE GAMBE
- SULLE COSTOLE LATO
- SULLA TESTA
- ALTRO: _____

7. L'INTENSITÀ DEL DOLORE:

- È SEMPRE LA STESSA
- CAMBIA
 - A SECONDA DEI MOMENTI DELLA GIORNATA
 - A SECONDA DELLE POSIZIONI E DEI MOVIMENTI

8. IN QUALE MOMENTO DELLA GIORNATA STAI PEGGIO?

- AL MATTINO
- DURANTE IL GIORNO
- DURANTE LA NOTTE

9. QUALI MOVIMENTI PROVOCANO IL DOLORE O LO FANNO PEGGIORARE?

10. QUALI MOVIMENTI LO FANNO MIGLIORARE O SCOMPARIRE?

11. TI SEI MAI BLOCCATO ?

- NO
- SÌ
 - COLLO
 - SCHIENA

12. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, CON QUALE FREQUENZA?

- RARAMENTE
- FREQUENTEMENTE
- PERIODICAMENTE

13. IN QUALE POSIZIONE TI BLOCCHI?

- DRITTO
- PIEGATO IN AVANTI
- STORTO DA UN LATO

14. OLTRE AL DOLORE, HAI SINTOMI TRA I SEGUENTI?

Scrivi accanto alla risposta la zona

- ADDORMENTAMENTO _____
- FORMICOLÌO _____
- DIMINUZIONE DELLA SENSIBILITÀ _____
- AUMENTO DELLA SENSIBILITÀ _____
- PERDITA DI FORZA _____

15. SOFFRI DI QUESTI SINTOMI?

- VERTIGINI
- SBANDAMENTI
- MAL DI TESTA

16. DA QUANTO TEMPO HAI MAL DI SCHIENA?

17. RICORDI UNA CAUSA CHE ABBA SCATENATO IL DOLORE? HAI AVUTO UN INCIDENTE, HAI SOLLEVATO UN PESO? OPPURE È INSORTO SENZA UN MOTIVO, FACENDO UN MOVIMENTO QUALSIASI

18. NEL TEMPO IL DOLORE È CAMBIATO?

- NO
- SÌ

19. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, IN CHE MODO È CAMBIATO? Puoi barrare tutte le risposte che ritieni adatte a te

- È PIÙ FORTE
- È PIÙ FREQUENTE
- È PIÙ ESTESO
- È PIÙ DIFFICILE DA RISOLVERE

20. STAI ASSUMENDO FARMACI PER IL DOLORE?

- NO
- SÌ

21. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUALI E DA QUANTO TEMPO?

22. TI SEI SOTTOPOSTO A TRATTAMENTI PER IL MAL DI SCHIENA?

- NO
- SÌ

23. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUALI?

- MASSAGGI
- TECARTERAPIA
- LASERTERAPIA
- TENS
- INFRAROSSI
- MAGNETOTERAPIA
- INFILTRAZIONI LOCALI
- OSTEOPATIA
- RIEDUCAZIONE POSTURALE INDIVIDUALE
- GINNASTICA POSTURALE DI GRUPPO
- CHIROPRACTICA
- OZONOTERAPIA
- ALTRO _____

24. CON QUALE RISULTATO?

- NESSUNO
- MIGLIORAMENTO TEMPORANEO
- PEGGIORAMENTO

25. TI SEI SOTTOPOSTO AD INTERVENTI CHIRURGICI PER LA COLONNA VERTEBRALE?

- NO
- SÌ

26. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUALE E A QUALE LIVELLO? ALLEGA CARTELLA CLINICA DEL RICOVERO
