



SCHEDA AMALATUASCHIENA

III PARTE

Siamo arrivati alla terza ed ultima parte della tua scheda AMALATUASCHIENA

Nella prima parte hai descritto la tua struttura fisica ed il tuo stile di vita

Nella seconda parte hai descritto in modo preciso il dolore e gli altri sintomi di cui soffri.

Ora analizzeremo insieme la relazione della tua schiena con le altre parti del corpo ed eventuali altre problematiche o patologie che possono

- ⦿ influenzare il tuo mal di schiena
- ⦿ integrare o limitare il programma riabilitativo.

Anche in questo caso, puoi barrare tutte le risposte che ritieni adatte a descrivere la tua situazione ed allega la documentazione che ne attesti la diagnosi

1. HAI PROBLEMI DI VISTA?

- NO
- SÌ

2. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, INDICA QUALE E A QUALE OCCHIO

- CI VEDI POCO _____
- VEDI SFOCATO _____
- PORTI OCCHIALI _____
- ALTRO _____

3. HAI PROBLEMI DI UDITO?

- NO
- SÌ

4. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, INDICA QUALE E A QUALE ORECCHIO

- CI SENTI POCO _____
- HAI SENSAZIONE DI TAPPAMENTO _____
- HAI ACUFENI _____

5. HAI PROBLEMI AI DENTI?

- NO
- SÌ

6. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUALE?

- TI MANCANO DEI DENTI
- HAI I DENTI DISALLINEATI
- HAI DOLORE
- HAI FATTO/ DEVI FARE IMPIANTI
- PORTI /HAI PORTATO APPARECCHIO ORTODONTICO
 - FISSO
 - MOBILE

7. HAI PROBLEMI ALLE MANDIBOLE?

- NO
- SÌ

8. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, QUALE? INDICA A QUALE LATO

- HAI DOLORE _____
- SI BLOCCA _____
- AVVERTI UNO SCROSCIO _____
- DIGRIGNI I DENTI
- PORTI BITE NOTTURNO

9. SOFFRI DEI SEGUENTI DISTURBI?

- GASTRITE CRONICA
- REFLUSSO GASTROESOFAGEO
- ERNIA IATALE
- COLON IRRITABILE
- STIPSI
- STEATOSI EPATICA
- PROBLEMI RESPIRATORI
- CARDIOPATIA
- ALTRO _____

10. TI SEI SOTTOPOSTO AD INTERVENTI CHIRURGICI?

- NO
- SÌ

11. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, INDICA IL TIPO DI INTERVENTO E LA DATA. ALLEGA LA DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALL'INTERVENTO

12. ASSUMI FARMACI?

- NO
- SÌ

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

13. INDOSSI PLANTARI?

- NO
- SÌ

14. SE HAI RISPOSTO SÌ ALLA DOMANDA PRECEDENTE, PER QUALE RAGIONE? PORTALI INSIEME ALLA SCHEDA E ALLA DOCUMENTAZIONE

15. DA UN PUNTO DI VISTA EMOTIVO, TI SENTI

- SERENO
- FELICE
- RILASSATO
- APPAGATO
- STABILE
- APERTO
- ANSIOSO
- PAUROSIO
- CHIUSO
- STRESSATO
- INSODDISFATTO
- BLOCCATO
- AGITATO
- SCHIACCIATO
- DEPRESSO
- INSTABILE
- ATRO _____

Siamo arrivati alla fine della tua scheda AMALATUASCHIENA.

E' stato un percorso lungo ma anche affascinante, perché per rispondere alle domande hai dovuto fare un grande lavoro di presa di coscienza e di conoscenza del tuo corpo.

Ora cosa dovrai farne?

Queste informazioni, insieme alla documentazione clinica selezionata durante la compilazione, dovranno essere condivise con il tuo medico per avere un quadro completo sulla tua situazione e capire come si è creato il tuo mal di schiena.

Successivamente saranno utili al tuo fisioterapista per intervenire in modo concreto e mirato sulle aree di sua pertinenza: il dolore, la tua postura, il tuo movimento, il tuo stile di vita, i disturbi viscerali, ecc...

Sono certa che tu abbia compreso che il mal di schiena è uno squilibrio individuale complesso che va affrontato seriamente.

Ora sei in grado di riconoscere professionisti competenti e con il giusto approccio. Se non sei in buone mani, cambia strada!

Ti auguro un grande in bocca al lupo!

Dott.ssa Barbara Corrieri

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
- SALTI I 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?
