

Data

Cognome e Nome Età

Motivo dell'esame

1° Trauma (data) Trauma diretto Nessun trauma

Distorsione

Ha subito la distorsione con deviazione del piede verso l'interno verso l'esterno

Traumi successivi (data) Trauma diretto Distorsione

E' mai stato operato/a a questa caviglia? NO SI (data)
(segnalare anche più interventi)

Che tipo di intervento:.....

Ha mai subito fratture, se si specificare dove tibia
perone
astragalo
calcagno
ossa del piede (specificare quali)

La caviglia tende a gonfiarsi / si è mai gonfiato? SI NO

Dolore NO SI
Anteriore Posteriore Laterale Mediale Interno

Il dolore è dopo attività fisica a riposo

Sente l'articolazione instabile? SI NO

Eventuali altre informazioni utili

Per una efficace diagnosi è "INDISPENSABILE" possedere informazioni cliniche sufficienti, si prega di portare tutti i PRECEDENTI esami diagnostici, cartelle cliniche ecc.) riguardanti l'articolazione in esame.