le Terrazze Poliambulatorio Varese	POLIAMBULATORIO LE TERRAZZE VARESE GINOCCHIO	DESTRO SINISTRO

Data .....

Cognome e Nome .....Età .....

Motivo dell'esame .....
.....

1° Trauma (data) ..... Trauma diretto Distorsione
Nessun trauma

Traumi successivi (data) ..... Trauma diretto Distorsione

.....

E' mai stato operato/a a questo ginocchio? NO SI (data) .....
(segnalare anche più interventi)
.....

Se è stato operato/a specificare dove menisco interno

menisco esterno

legamento crociato anteriore

Altri legamenti (specificare quali) .....

rotula

E' stato aspirato liquido dal ginocchio? NO
SI siero sangue

Il ginocchio tende a gonfiarsi / si è mai gonfiato? SI NO

Dolore NO SI

Anteriore Posteriore Laterale Mediale Interno

Cedimenti 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.*