

Data

Cognome e Nome Età

Motivo dell'esame

Trauma (data)

Trauma diretto

Nessun trauma

Si è LUSSATA la spalla?

SI

NO

Anteriormente

Posteriormente

Spontaneamente

Una volta (data)

Più volte

E' mai stato operato/a a questa spalla?

NO

SI (data)
(segnalare anche più interventi)

Se è stato operato/a specificare

Acromionplastica

Tendini della cuffia dei rotatori

Capsula e legamenti

Altri (specificare quali)

Dolore

NO

SI

quando alza il braccio

quando ruota il braccio

quando lancia un oggetto

Limitazione funzionale

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.