

SOC RECUPERO e RIABILITAZIONE FUNZIONALE
Direttore: Dr.ssa M.P. Truscillo

SCHEDA VALUTAZIONE FISIOTERAPICA PER PROGRAMMI DI ATTIVITA' FISICA ADATTATA (A.F.A.)

COGNOME _____ **NOME** _____ **NATO/A** _____

DIAGNOSI : ARTROSI (sedi) _____

INVIATO DA MMG ☐ SPECIALISTA ☐ _____

VALUTAZIONE

1. DOLORE

Intensità

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Caratteristiche

a riposo ☐

movimenti/situazioni /posizioni scatenanti (carico, etc)

tipo di dolore

sordo

come ago

bruciante

diffuso

superficiale

profondo

frequenza dolore

2. MOBILITA'

DEAMBULAZIONE autonoma senza ausili ☐ con ausili ☐ _____

deambulazione assistita ☐ _____

STAZIONE ERETTA autonoma senza ausili ☐ con ausili ☐ _____

STAZIONE SEDUTA autonoma senza appoggi ☐ con appoggi ☐

PASSAGGIO SUPINO-DECUBITO LATERALE AUTONOMO ☐

PASSAGGIO SUPINO-SEDUTO AUTONOMO ☐

PASSAGGIO SEDUTO-STAZIONE ERETTA AUTONOMO ☐

ALZARSI DA TERRA SI ☐ NO ☐

SOC RECUPERO e RIABILITAZIONE FUNZIONALE
Direttore: Dr.ssa M.P. Truscello