

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

**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**