

Esempio di Cartella Clinica compilata con il GPS

a cura del Dott. Andrea Pelosi

Cartella Clinica vuota

dott. Andrea Pelosi

Cartella Clinica

Paziente:

dott. Andrea Pelosi

Dati Anagrafici

Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Sesso	
Stato civile	
Indirizzo	
Cap	
Città	
Telefono di Casa	
Telefono d'Ufficio	
Luogo di Nascita	
Occupazione	
Inviato da	

Anamnesi

Paziente:

Legenda

No	Mai
Occasionale	Più di una volta al mese
Frequente	Più di una volta alla settimana
Continuo	Tutti i giorni, più di una volta al giorno

Farmaci

Prodotti farmaceutici presi abitualmente

Eccitanti	<input type="checkbox"/> Sì
Tranquillanti	<input type="checkbox"/> Sì
Miorilassanti	<input type="checkbox"/> Sì
Antinfiammatori	<input type="checkbox"/> Sì
Antidolorifici	<input type="checkbox"/> Sì
Cortisone	<input type="checkbox"/> Sì
Insulina	<input type="checkbox"/> Sì
Pillola anticoncezionale	<input type="checkbox"/> Sì
Altro	

Altre informazioni utili per l'inquadramento diagnostico

Annotazioni	
-------------	--

Informazioni di carattere generale

Nascita

Nascita a termine	<input type="checkbox"/> Sì
Nascita prematura	<input type="checkbox"/> Sì
Nascita post-termine	<input type="checkbox"/> Sì

Destro/Mancino

Destro	<input type="checkbox"/> Sì
Mancino	<input type="checkbox"/> Sì
Mancino corretto	<input type="checkbox"/> Sì

Allattamento

Allattamento materno	<input type="checkbox"/> Sì
Allattamento artificiale	<input type="checkbox"/> Sì
Succhiamento del dito	<input type="checkbox"/> Sì

Varie

Allergie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Sensazione di freddo	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Convulsione	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Vertigini	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Stanchezza	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Febbre	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mal di testa	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Insonnia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Perdita di peso	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Nervosismo-depressione	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tremore	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Intorpidimenti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Sudorazioni	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Nevralgie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Nevralgia trigeminale	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Gastro-Intestinale

Alito cattivo	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Eruttazioni o gas	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Stitichezza	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Digestione difficile	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Dilatazione dell'addome	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Fame o sete eccessiva	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi alla cistifellea	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Emorroidi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Itterizia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi di fegato	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Nausea	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male di stomaco	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Appetito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mancanza di appetito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Vomito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Diarrea	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Coliche epatiche	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

dott. Andrea Pelosi

Cardio-Vascolare

Pressione del sangue alta	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Pressione del sangue bassa	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tachicardia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Bradicardia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Piedi gonfi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Aritmie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Formicolii alle mani	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mani o piedi freddi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Respiratorio

Male al torace	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tosse cronica	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Respirazione difficile	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Catarro	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Catarro con sangue	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Asma bronchiale	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

dott. Andrea Pelosi

Pelle

Foruncoli	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Facilità alle ecchimosi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Pelle secca:orticaria	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Prurito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Eruzione della pelle	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Vene varicose	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Psoriasi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Muscoli e articolazione

Artriti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Borsiti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi ai piedi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male di schiena	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Lombaggine	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Articolazioni gonfie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male al collo o rigidezza	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male fra le spalle	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti alle spalle	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti ai gomiti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti mani	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti alle anche	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti gambe	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti alle ginocchia	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male o intorpidimenti ai piedi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Occhi, Orecchie, Naso, Bocca, Gola

Tensioni agli occhi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Diminuzione della vista	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Congiuntiviti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Male d'orecchi	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Rumori alle orecchie	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Diminuzione dell'udito	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi dell'equilibrio	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Raffreddore	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Febbre da fieno	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Ostruzioni nasali	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Perdita di sangue al naso	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Sinusiti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Raucedine	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mal di gola	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tonsilliti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Ghiandole ingrossate	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Tiroide ingrossata	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Stomatiti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Gengiviti	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Genito-Urinari

Enuresi notturna	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Sangue nell'urina	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Urinazione frequente	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Incapacità di controllare l'urina	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Infezioni dei reni o calcoli	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Urinazione dolorosa	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Disturbi della prostata	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Coliche renali	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Femminili

Gonfiore al seno	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mammelle congestionate	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Noduli alle mammelle	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Ciclo irregolare	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Flusso mestruale irregolare	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Assenza di flusso	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Mestruazioni dolorose	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo
Perdite vaginali	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Frequente <input type="checkbox"/> Continuo

Malattie e cure**Malattie presenti o passate**

Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Sì
Anemia	<input type="checkbox"/> Sì
Artrite	<input type="checkbox"/> Sì
Gozzo	<input type="checkbox"/> Sì
Gotta	<input type="checkbox"/> Sì
Emia del disco	<input type="checkbox"/> Sì
Leucemia cronica	<input type="checkbox"/> Sì
Infarto miocardico	<input type="checkbox"/> Sì
Morbillo	<input type="checkbox"/> Sì
Diabete	<input type="checkbox"/> Sì
Difterite	<input type="checkbox"/> Sì
Eczema	<input type="checkbox"/> Sì
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sì
Osteoporosi	<input type="checkbox"/> Sì
Epilessia	<input type="checkbox"/> Sì
Micosi	<input type="checkbox"/> Sì
Lupus	<input type="checkbox"/> Sì
Reumatismo articolare acuto	<input type="checkbox"/> Sì
Sclerosi multipla	<input type="checkbox"/> Sì
Diverticolosi	<input type="checkbox"/> Sì
Parotite epidermica (orecchioni)	<input type="checkbox"/> Sì
Pleurite	<input type="checkbox"/> Sì
Polmonite	<input type="checkbox"/> Sì
Poliemielite	<input type="checkbox"/> Sì
Febbre reumatica	<input type="checkbox"/> Sì
Morbo di parkinson	<input type="checkbox"/> Sì
Febbre tifoidea	<input type="checkbox"/> Sì
Ulcera	<input type="checkbox"/> Sì
Malattie veneree	<input type="checkbox"/> Sì
Pertosse	<input type="checkbox"/> Sì
Epatite virale	<input type="checkbox"/> Sì
Fibroma uterino	<input type="checkbox"/> Sì
Appendicite	<input type="checkbox"/> Sì

Precedenti cure odontoiatriche

Otturazioni	<input type="checkbox"/> Sì
Estrazioni	<input type="checkbox"/> Sì
Devitalizzazioni	<input type="checkbox"/> Sì
Ortodonzia	<input type="checkbox"/> Sì
Ponti o corone	<input type="checkbox"/> Sì
Protesi mobile	<input type="checkbox"/> Sì

Problemi articolari della mandibola

Rumore di tipo scroscio (Dx)	<input type="checkbox"/> Sì
Rumore di tipo scroscio (Sx)	<input type="checkbox"/> Sì
Rumore di tipo click (Dx)	<input type="checkbox"/> Sì
Rumore di tipo click (Sx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori occasionali (Dx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori occasionali (Sx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori aprendo la bocca (Dx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori aprendo la bocca (Sx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori chiudendo la bocca (Dx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori chiudendo la bocca (Sx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori costanti (Dx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori costanti (Sx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori dopo i pasti (Dx)	<input type="checkbox"/> Sì
Dolori dopo i pasti (Sx)	<input type="checkbox"/> Sì
Questi disturbi sono in progressivo peggioramento?	<input type="checkbox"/> Sì

dott. Andrea Pelosi

Varie

Principale disturbo attuale e da quanto tempo persiste	
Descriva eventuali interventi chirurgici subiti e relative date	
Ha problemi ai piedi o alle caviglie?	
Porta il tacco rialzato?	<input type="checkbox"/> Si
Porta la suola rialzata?	<input type="checkbox"/> Si
Porta il plantare?	<input type="checkbox"/> Si
Ha avuto incidenti stradali quest'anno?	<input type="checkbox"/> Si
Ha avuto incidenti stradali negli ultimi 5 anni?	<input type="checkbox"/> Si
Ha avuto incidenti stradali più di 5 anni fa?	<input type="checkbox"/> Si
Descriva quale trauma ha riportato in seguito all'incidente (contusione, frattura/e, colpo di frusta, ecc.)	
Ha avuto qualche altro trauma o incidente (caduta da cavallo, dalle scale, sciando, ecc.)	
Posizione preferita per addormentarsi	
Pratica dello sport	
Ha avuto aborti spontanei?	<input type="checkbox"/> Si
Ha avuto aborti provocati?	<input type="checkbox"/> Si

Dati Clinici

Paziente:

Visita:

Legenda

No	Mai
Occasionale	Più di una volta al mese
Frequente	Più di una volta alla settimana
Continuo	Tutti i giorni, più di una volta al giorno

Dati generali

Peso	
Altezza	

Dati visita

Misure

Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Dx)	
Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Sx)	
Segno di Lasegue in gradi (Dx)	
Segno di Lasegue in gradi (Sx)	
Intrarotazione dei piedi (Dx)	
Intrarotazione dei piedi (Sx)	

dott. Andrea Pelosi

Palpazione punti dolenti

ATM (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
ATM (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
M.Temporale fascio anteriore (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
M.Temporale fascio anteriore (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
M. massetere (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
M. massetere (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
M. sternocleidomastoideo (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
M. sternocleidomastoideo (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
M. sartorio (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
M. sartorio (Sx)	<input type="checkbox"/> Si

Esame Obiettivo

Spalla (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Spalla (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Scapola (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Scapola (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Fianco (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Fianco (Sx)	<input type="checkbox"/> Si
Strapiombo	<input type="checkbox"/> Si
Cifosi	<input type="checkbox"/> Si
Lordosi	<input type="checkbox"/> Si
Torsione costale prossimale	<input type="checkbox"/> Si
Torsione lombare	<input type="checkbox"/> Si
Bending	<input type="checkbox"/> Si
Sias (Dx)	<input type="checkbox"/> Si
Sias (Sx)	<input type="checkbox"/> Si

Diagnosi

Terapia

Condizioni della visita

Esempio di Cartella Clinica Compilata

dott. Andrea Pelosi

Cartella Clinica

Paziente:
michela michela

GPS - Global Postural System - Rel.4.6.68 Pag. 1 di 17

dott. Andrea Pelosi

Dati Anagrafici

Cognome	michela
Nome	michela
Data di nascita	
Sesso	
Stato civile	
Indirizzo	
Cap	
Città	
Telefono di Casa	
Telefono d'Ufficio	
Luogo di Nascita	
Occupazione	
Inviato da	

GPS - Global Postural System - Rel.4.6.68 Pag. 2 di 17

Anamnesi

Paziente: michela michela

Legenda

No	Mal
Occasionale	Più di una volta al mese
Frequente	Più di una volta alla settimana
Continuo	Tutti i giorni, più di una volta al giorno

Farmaci

Prodotti farmaceutici presi abitualmente

Antinfiammatori Sì

Informazioni di carattere generale

Nascita

Nascita a termine Sì

Destro/Mancino

Destro Sì

Allattamento

Allattamento materno Sì

Varie

Allergie Frequente

Mal di testa Frequente

Gastro-Intestinale

Male di stomaco Frequente

Cardio-Vascolare

Formicolii alle mani Frequente

Muscoli e articolazione

Male di schiena Continuo

Occhi, Orecchie, Naso, Bocca, Gola

Male d'orecchi Occasionale

Femminili

Mestruazioni dolorose Frequente

Malattie e cure

Malattie presenti o passate

Morbillo Sì

Parotite epidemica (orecchioni) Sì

Precedenti cure odontoiatriche

Occlusioni Sì

Problemi articolari della mandibola

Rumore di tipo scroscio (Sx) Sì

Dolori occasionali (Dx) Sì

Dati Clinici

Paziente: michela michela

Visita: 05-10-2007 10.57 (Id:935)

Legenda

No	Ma
Occasionale	Più di una volta al mese
Frequente	Più di una volta alla settimana
Continuo	Tutti i giorni, più di una volta al giorno

Dati generali

Peso	
Altezza	

Dati visita

Misure

Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Dx)	2
Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Sx)	
Segno di Lasegue in gradi (Dx)	70
Segno di Lasegue in gradi (Sx)	90
Intracrazione dei piedi (Dx)	
Intracrazione dei piedi (Sx)	

Palpazione punti dolenti

ATM (Dx)	Si++
ATM (Sx)	
M. Temporale fascio anteriore (Dx)	Si+++
M. Temporale fascio anteriore (Sx)	
M. massetere (Dx)	Si++
M. massetere (Sx)	
M. sternocleidomastoideo (Dx)	
M. sternocleidomastoideo (Sx)	
M. sartorio (Dx)	
M. sartorio (Sx)	

Esame Obiettivo

Spalla (Dx)	
Spalla (Sx)	
Scapola (Dx)	
Scapola (Sx)	
Polso (Dx)	
Polso (Sx)	
Strapuntio	
Cifosi	
Lordosi	
Torzione costale prossimale	
Torzione lombare	
Bending	
Sita (Dx)	
Sita (Sx)	

Diagnosi

--

Terapia

--

Condizioni della visita

tempo 0

--

Dati Clinici

Paziente: michela michela

Visita: 05-10-2007 10.57 (Id:936)

Legenda

No	Mai
Occasionale	Più di una volta al mese
Frequente	Più di una volta alla settimana
Continuo	Tutti i giorni, più di una volta al giorno

Dati generali

Peso	
Altezza	

Dati visita

Misure

Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Dx)	
Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Sx)	
Segno di Lasegue in gradi (Dx)	
Segno di Lasegue in gradi (Sx)	
Intrarotazione dei piedi (Dx)	
Intrarotazione dei piedi (Sx)	

Palpazione punti dolenti

ATM (Dx)	
ATM (Sx)	
M.Temporale fascio anteriore (Dx)	
M.Temporale fascio anteriore (Sx)	
M. massetere (Dx)	
M. massetere (Sx)	
M. sternocleidomastoideo (Dx)	
M. sternocleidomastoideo (Sx)	
M. sartorio (Dx)	
M. sartorio (Sx)	

Esame Obiettivo

Spalla (Dx)	
Spalla (Sx)	
Scapola (Dx)	
Scapola (Sx)	
Fianco (Dx)	
Fianco (Sx)	
Strapiombo	
Cifosi	
Lordosi	
Torsione costale prossimale	
Torsione lombare	
Bending	
Gias (Dx)	
Gias (Sx)	

Diagnosi

--

Terapia

--

Condizioni della visita

--

Dati Clinici

Paziente: michela michela

Visita: 05-10-2007 21.49 (Id:933)

Legenda

No	Ma
Occasionale	Più di una volta al mese
Frequente	Più di una volta alla settimana
Continuo	Tutti i giorni, più di una volta al giorno

Dati generali

Peso	
Altezza	

Dati visita

Misure

Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Dx)	
Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Sx)	
Segno di Lasègue in gradi (Dx)	
Segno di Lasègue in gradi (Sx)	
Intrarotazione del piede (Dx)	
Intrarotazione del piede (Sx)	

Palpazione punti dolenti

ATM (Dx)	
ATM (Sx)	
M.Temporale fascio anteriore (Dx)	
M.Temporale fascio anteriore (Sx)	
M. massetere (Dx)	
M. massetere (Sx)	
M. sternocleidomastoideo (Dx)	
M. sternocleidomastoideo (Sx)	
M. sartorio (Dx)	
M. sartorio (Sx)	

Esame Obiettivo

Spalla (Dx)	
Spalla (Sx)	
Scapola (Dx)	
Scapola (Sx)	
Flanco (Dx)	
Flanco (Sx)	
Strapiombo	
Cifosi	
Lordosi	
Torsione costale proximale	
Torsione lombare	
Bending	
Gias (Dx)	
Gias (Sx)	

Diagnosi

michela

Terapia

Condizioni della visita

Dati Clinici

Paziente: michela michela

Visita: 05-10-2007 21.51 (Id:934)

Legenda

No	Ma
Occasionale	Più di una volta al mese
Frequente	Più di una volta alla settimana
Continuo	Tutti i giorni, più di una volta al giorno

Dati generali

Peso	
Altezza	

Dati visita

Misure

Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Dx)	
Lunghezza degli arti, gamba più corta in cm (Sx)	
Segno di Lasegue in gradi (Dx)	
Segno di Lasegue in gradi (Sx)	
Infrarotazione dei piedi (Dx)	
Infrarotazione dei piedi (Sx)	

Palpazione punti dolenti

ATM (Dx)	
ATM (Sx)	
M.Temporale fascio anteriore (Dx)	
M.Temporale fascio anteriore (Sx)	
M. massetere (Dx)	
M. massetere (Sx)	
M. sternocleidomastoideo (Dx)	
M. sternocleidomastoideo (Sx)	
M. sartorio (Dx)	
M. sartorio (Sx)	

Esame Obiettivo

Spalla (Dx)	
Spalla (Sx)	
Scapola (Dx)	
Scapola (Sx)	
Fianco (Dx)	
Fianco (Sx)	
Strapiombo	
Cifosi	
Lordosi	
Torsione costale prossimale	
Torsione lombare	
Bending	
Gias (Dx)	
Gias (Sx)	

Diagnosi

michela

Terapia

Condizioni della visita

05-10-2007 10.57 (Id.935) SX



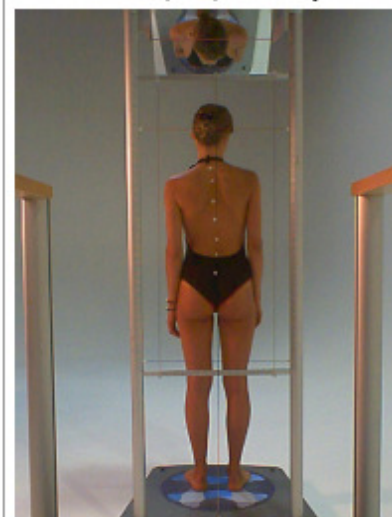
05-10-2007 10.57 (Id.936) SX



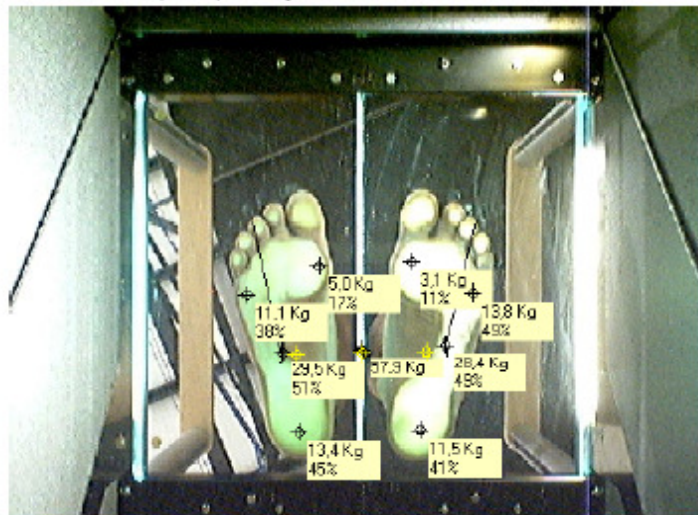
05-10-2007 10.57 (Id.935) analizzatore posteriore



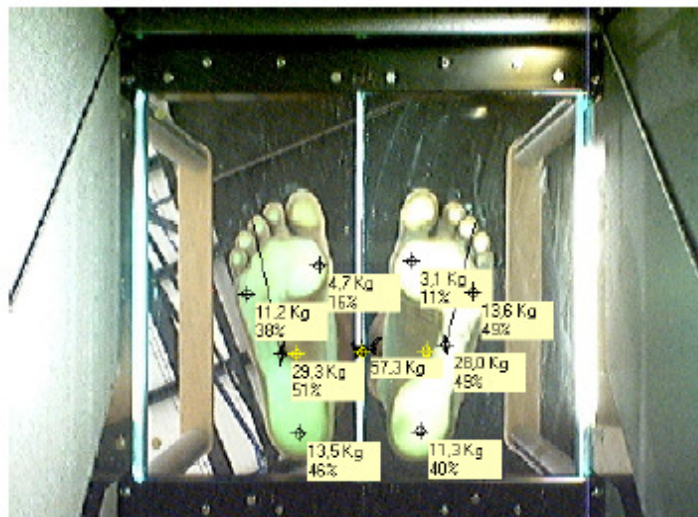
05-10-2007 10.57 (Id.936) analizzatore posteriore



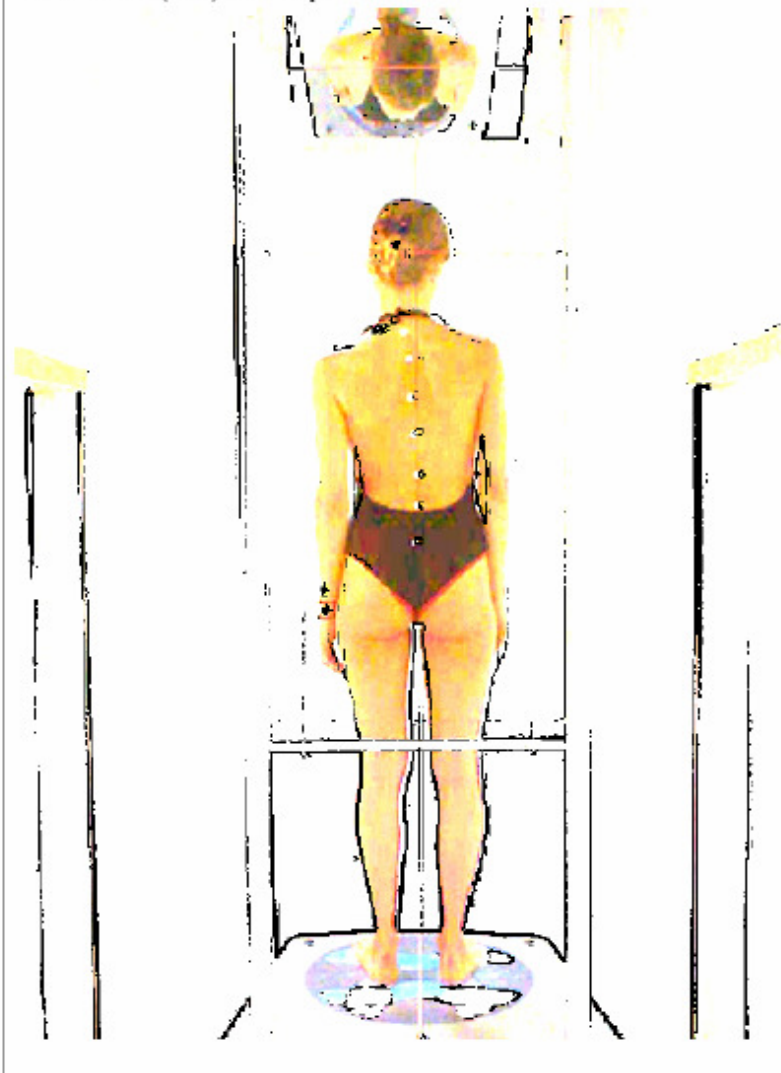
05-10-2007 19.33 (Id:1032) Occhi Aperti Stabilometric PoData Grafico



05-10-2007 19.35 (Id:1035) Occhi Aperti Stabilometric PoData Grafico



05-10-2007 10.57 (Id:935) analizzatore posteriore



05-10-2007 21.49 (Id:933) DX

