

Linee guida per la Compilazione della Scheda di Valutazione della Colonna

Anamnesi: Pagina Uno <i>Si registrano le risposte del Paziente ma con aggiunte del clinico quando appropriato</i>	
Identità di genere:	<p>Registrare il modo in cui il paziente si identifica. Utilizzare queste informazioni per una comunicazione e una documentazione rispettose.</p> <p>Indicare il sesso assegnato alla nascita (maschio, femmina, intersessuale), in base alla cartella clinica o alla conferma del paziente. Se l'identità di genere è diversa, annotarle entrambi, ove clinicamente rilevante.</p>
Prescrizione:	<p>Cerchia la voce appropriata, puoi registrare la data dell'appuntamento di follow-up.</p>
Esigenze lavorative / Attività nel Tempo Libero	<p>Lavoro:</p> <p>Registrare attività lavorative e indicare la frequenza delle attività, p.e. 50% seduto, 50% in piedi. Si possono annotare anche altri tipi di stress, p.e. pressione delle scadenze.</p> <p>Tempo libero:</p> <p>Registrare le attività del tempo libero o gli hobby ed indicare la frequenza delle attività, p.e. 75% seduto, 25% flesso o si può scrivere cammina 3 volte la settimana per 40 minuti o giardinaggio 3 ore la settimana. Si può annotare il livello di attività in generale, p.e. "sedentario" o "molto attivo".</p>
Limitazione Funzionale per il Presente Episodio:	<p>Chiedere al paziente di indicare le attività specifiche che non è in grado di eseguire o che ha difficoltà ad eseguire a causa dei sintomi in corso.</p>
Punteggio di Outcome / Screening:	<p>Registrare la specifica misura di risultato o lo strumento di screening utilizzato e il punteggio.</p>
Punteggio NPRS:	<p>Chiedere al paziente l'intensità del suo dolore, inclusa l'intensità del più distale. Può usare un intervallo di dolore, o usare l'intensità media del dolore.</p>
Body Chart:	<p>Utilizzarla per registrare "tutti i sintomi in questo episodio", p.e. tutti i sintomi lamentati dal paziente. I sintomi possono non essere tutti presenti.</p>
Sintomi Attuali:	<p>Scrivere la localizzazione ed il tipo di sintomi che ancora il paziente manifesta. Possono essere diversi dalla Body Chart perché non più tutti presenti. Può essere annotato il periodo di tempo, per esempio solo lombalgia nelle ultime 48 ore.</p>

Anamnesi: Pagina Uno

Si registrano le risposte del Paziente ma con aggiunte del clinico quando appropriato

Presenti da:	Di solito si indicano giorni o settimane. Si può annotare una data specifica, se la si conosce, o per ragioni legali.
In Miglioramento / Stazionari / In Peggioramento:	Cerchiare, ove appropriato, e chiedere al paziente come e in che modo definisce i suoi sintomi, in miglioramento o in peggioramento.
Commenced as a Result of:	Se appropriato descrivere il meccanismo di lesione, ad esempio sollevando o torcendosi; oppure cerchiare per "nessun motivo apparente"
Sintomi all'Insorgenza:	Cerchiare la zona dove è iniziato il dolore, ad esempio "schiena", quindi registrare l'insorgenza di altri sintomi.
Costanti / Intermittenti:	Cerchiare ove appropriato: p.e. Schiena = fino alla piega glutea, Coscia = sopra il ginocchio, Gamba = sotto il ginocchio, Collo = fino all'apice della spalla, Braccio = dalla spalla al gomito, Avambraccio = dal gomito alla mano, ecc.
Sezione Migliora / Peggiora:	Annotazione: <i>Cerchiare</i> per indicare sempre – ove non specificato significa "una risposta dolorosa immediata" - se in relazione al tempo deve essere specificato fuori dal cerchio, p.e. 10 minuti, se prolungata. <i>Sottolineare</i> - per indicare qualche volta. <i>Sbarrare</i> - tracciando una linea sopra per indicare "Nessun Effetto" Segnare un punto di domanda (?) sull'attività, piuttosto che lasciare in bianco, se il paziente è ancora insicuro, anche dopo ulteriori domande. Se il paziente presenta due aree di sintomi non correlate, indicare quali attività influenzano quale sintomo.
Sonno Disturbato:	Se sempre cerchiare Sì, se qualche volta sottolineare Sì. Se non è influenzato cerchiare No. Se lo era in precedenza, cerchiare Sì ma annotando "in precedenza"
Posizione nel Sonno:	Cerchiare quella usuale, indicando se non è in grado di usarla in seguito all'attuale dolore e indicare la posizione attuale – la migliore e la peggiore
Superficie / Cuscini:	Indicare il tipo di materasso (per la lombare) e il numero e tipo di cuscini (per la cervicale) se pare rilevante.
Anamnesi Remota Spinale:	Scrivere se episodico, documentare la precedente posizione dei sintomi, la durata degli episodi precedenti, la gravità degli episodi e se i sintomi sono assenti tra gli episodi.

Anamnesi: Pagina Uno

Si registrano le risposte del Paziente ma con aggiunte del clinico quando appropriato

Trattamenti Precedenti:	Registrare quali trattamenti ha avuto per questo episodio e, se appropriato, quali trattamenti ha avuto per gli episodi precedenti. Indicare che cosa ha aiutato.
Domande Specifiche:	Cerchiare la risposta appropriata e annotare tutti i chiarimenti negli spazi forniti

Esame Obiettivo: Pagina Due

Non è necessario eseguire tutte le componenti dell'esame obiettivo con ciascun paziente. Tirate una linea obliqua sulle sezioni non eseguite.

Osservazione Posturale:	Cerchiare ove appropriato.
Cambiamento della Postura:	Cerchiare la risposta e indicare quali cambiamenti di dolore e a quale cambiamento di postura se appropriato.
Altre Osservazioni/Baseline Funzionali:	Registrare eventuali osservazioni significative, p.e. deperimento, gonfiore, arrossamento, ecc. Annotare le baseline funzionali rilevanti, p.e. allungarsi, accovacciarsi.
Esame Neurologico:	Specificare quale deficit in ogni Sezione, registrandolo se anormale, p.e. riflesso S1 diminuito. È possibile aggiungere Babinski/Clono ai riflessi, se necessario. Registrare come "normale" se il test è risultato normale. Tracciare una linea obliqua se l'esame non è pertinente.
Perdita di Movimento:	Le caselle Grave/Mod/Min/Nulla possono essere usate come una linea, cioè più come un continuum. Si può anche registrare se i sintomi o la 'rigidità' stanno limitando il movimento nella casella 'sintomo'; se il paziente riferisce dolore, indicare la posizione.
Movimenti Ripetuti:	Se l'ordine in cui si effettuano è diverso da quello della scheda, indicare con un numero l'ordine di esecuzione. Si può anche annotare il numero totale delle ripetizioni effettuate. Risposta sintomatica: Usare solo i termini standardizzati. Descrivere e monitorare gli effetti su tutti i sintomi, soprattutto quelli più distali. Risposta meccanica: Segnare con una freccia verso l'alto o il basso nella casella appropriata. Si può specificare il movimento modificato, se diverso da quello testato.
Test Statici:	Cerchia la posizione eseguita e registrala con le parole standard "Dopo".
Altri Test:	Registrare quale test e la risposta raggiunta.

Esame Obiettivo: Pagina Due

Classificazione Provvisoria:	Spuntare la classificazione. Per il Derangement, registrare la Directional Preference. Per tutte le altre classificazioni, aggiungere eventuali sottogruppi o chiarimenti necessari sulla riga fornita.
Potenziali Drivers del Dolore e/o della Disabilità:	Cerchiare i potenziali Drivers del dolore e disabilità e annotare i dettagli sulla riga sottostante.
Principio di gestione:	<p>Educazione: registrare le specifiche, p.e.cambio della postura, evitare temporaneamente la flessione, rassicurazioni, ecc.</p> <p>Tipo di esercizio - Documentare gli esercizi specifici forniti al paziente. es. RFIL, e annotare la frequenza.</p> <p>Documentare ogni altro esercizio o intervento fornito.</p> <p>Obiettivi di gestione - Indicare cosa si prevede di cambiare alla prossima visita e le cose che si desiderano rivalutare il giorno 2. Possono essere registrati anche gli obiettivi a breve e lungo termine del paziente.</p>