



**Linee guida per il completamento delle Schede di  
Valutazione della Colonna**

<b>Anamnesi: Pagina 1</b> Sono registrate le risposte del paziente, ma con aggiunte del clinico quando appropriato	
<b>Prescrizione:</b>	Cerchiare ove appropriato, si può registrare la data del prossimo appuntamento.
<b>Esigenze Lavorative / Attività nel Tempo Libero</b>	<b>Lavoro:</b> Registrare attività lavorative e indicare la frequenza delle attività, ad esempio 50% seduto, 50% in piedi. Possono essere anche annotati altri tipi di stress, per esempio pressione sui termini di consegna dei compiti lavorativi. <b>Tempo libero:</b> Registrare le attività di tempo libero o gli hobby ed indicare la frequenza delle attività, ad esempio: 75% seduto, 25% flesso o puoi scrivere cammino 3 volte la settimana per 40 minuti o giardinaggio 3 ore la settimana. Si può annotare il livello di attività in generale, per esempio : “sedentario” o “molto attivo”.
<b>Limitazione Funzionale per il Presente Episodio:</b>	Chiedere ai pazienti di indicare le attività specifiche che non sono in grado di eseguire o che hanno difficoltà ad eseguire a causa dei sintomi in corso.
<b>Punteggio di Outcome/Screening:</b>	Registrare la specifica misura di risultato o lo strumento di screening utilizzato e il punteggio.
<b>Punteggio NPRS</b>	Chiedere al paziente l'intensità del suo dolore, includere l'intensità del più distale. Può usare un intervallo di dolore, o usare l'intensità media del dolore.
<b>Body Chart:</b>	La si utilizzi per registrare “tutti i sintomi in questo episodio”, ovvero tutti i sintomi lamentati dal paziente. I sintomi possono non essere tutti presenti.
<b>Sintomi Attuali:</b>	Si scriva la localizzazione ed il tipo di sintomi che ancora il paziente manifesta. Possono essere diversi dai sintomi annotati sulla Body Chart perché possono non essere più tutti presenti. Può essere annotato il periodo di tempo, per esempio solo lombalgia nelle ultime 48 ore.
<b>Presenti da:</b>	Di solito si utilizzano giorni o settimane. Si può annotare una data specifica, se la si conosce, o per ragioni legali.
<b>In Miglioramento / Stazionari / In Peggioramento</b>	Cerchiare, ove appropriato, e si chiedi al paziente come e in che modo definisce i suoi sintomi, in miglioramento o in peggioramento
<b>Iniziati a Seguito di:</b>	Se appropriato si descriva il meccanismo di lesione, ad esempio sollevando o torcendosi; oppure si cerchi per “nessun motivo apparente”
<b>Sintomi all'Insorgenza:</b>	Il cerchio ci descrive il lasso di tempo dall'inizio dei sintomi, ad esempio cerchiare schiena e poi si aggiunga l'inizio di altri sintomi
<b>Costanti / Intermittenti:</b>	Cerchiare ove appropriato: 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

**Anamnesi: Pagina 1**

Sono registrate le risposte del paziente, ma con aggiunte del clinico quando appropriato

<b>Sezione Migliora / Peggiora:</b>	<p>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, ad esempio: 10 minuti, se prolungata.  <i>Si sottolinei</i> per indicare qualche volta.  <i>Si sbarrì tracciando una linea sopra</i> per indicare “Nessun Effetto”.            Si segni un punto di domanda (?) sull'attività, piuttosto che lasciare in bianco, se il paziente è ancora insicuro, anche dopo ulteriori domande.            Se sono due aree di dolore non collegate, si indichi per ogni attività se si ha a che fare con quale sintomo.</p>
<b>Sonno Disturbato:</b>	<p>Se sempre cerchiare Sì, se qualche volta si sottolinei Sì. Se non è influenzato si cerchi No. Se lo era in precedenza, si cerchi Sì ma si annoti “in precedenza”.</p>
<b>Posizione nel Sonno:</b>	<p>Cerchiare quella usuale, si indichi se non è in grado di usarla in seguito all'attuale dolore e si indichi la posizione attuale – la migliore e la peggiore</p>
<b>Superficie / Cuscini:</b>	<p>Si annoti il tipo di materasso (per la lombare) e il numero e tipo di cuscini (per la cervicale) se pare rilevante</p>
<b>Anamnesi Remota Spinale:</b>	<p>Si scriva se episodico, quale area era affetta prima, durata degli episodi precedenti, la loro severità e se vi era assenza di dolore tra gli episodi</p>
<b>Trattamenti Precedenti:</b>	<p>Si registri quali trattamenti ha avuto per questo episodio e, se appropriato, quali trattamenti ha avuto per gli episodi precedenti. Indicare che cosa ha aiutato.</p>
<b>Domande Specifiche:</b>	<p>Cerchia la risposta appropriata e annota tutti i chiarimenti negli spazi forniti.</p>

**Esame obiettivo: Pagina 2**

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

<b>Osservazione Posturale</b>	<p>Cerchiare ove appropriato</p>
<b>Cambiamento della Postura:</b>	<p>Cerchiare la risposta e si indichi quali cambiamenti di dolore e a quale postura cambia se appropriato.</p>
<b>Altre Osservazioni/Baseline Funzionali</b>	<p>Si registri ogni osservazione significativa, ad esempio ipotrofia, gonfiori, arrossamenti, ecc. Annotare i baseline funzionali rilevanti, ad esempio allungare il braccio, accovacciarsi.</p>
<b>Esame Neurologico:</b>	<p>Si qualifichi quale deficit in ogni sezione, registrando “anormale”, ad esempio riflesso S1 diminuito. Si aggiunga ai riflessi, se necessario, Babinski ed i cloni. Si scriva “normale” se il test è stato effettuato ed è normale. Si tiri una linea sull'esame se non è pertinente.</p>
<b>Perdita di Movimento:</b>	<p>Le caselle Grave/Mod/Min/Nulla possono essere usate come una linea, cioè 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.</p>

<b>Esame obiettivo: Pagina 2</b>	
<b>Movimenti Ripetuti:</b>	<p>Se l'ordine in cui si effettuano è diverso da quello standard, si indichi con un numero l'ordine di esecuzione. È anche utile annotare il numero di ripetizioni effettuate.</p> <p><b>Risposta sintomatica:</b> Si usino solo i termini standardizzati. Si descrivano e monitorino gli effetti su tutti i sintomi, soprattutto quelli più distali.</p> <p><b>Risposta meccanica:</b> Si segni con una freccia verso l'alto o verso il basso nella casella appropriata. Si può specificare il movimento modificato, se diverso da quello testato.</p>
<b>Test Statici:</b>	Cerchiare la posizione eseguita e si registri con le parole standard "Dopo".
<b>Altri Test:</b>	Si registri quale test e la risposta raggiunta
<b>Classificazione Provvisoria:</b>	Cerchiare la classificazione; per il Derangement si registri la localizzazione del dolore e Directional Preference, si indichi la direzione per la Dysfunction o si chiarisca il sottogruppo di "ALTRO"
<b>Potenziali Drivers del Dolore e/o della Disabilità</b>	Si cerchino i potenziali Drivers del dolore e disabilità e si annotino i dettagli sulla riga sottostante
<b>Principio di gestione:</b>	<p><b>Educazione:</b> si registrino le specifiche, ad esempio cambio della postura, evitare temporaneamente la flessione, rassicurazioni, ecc</p> <p><b>Tipo di esercizio</b> - Documentare gli esercizi specifici forniti al paziente. es. RFIL, e annotare la <b>frequenza</b>. Documentare ogni altro esercizio o intervento dato</p> <p><b>Obiettivi di gestione</b> - 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>