



SCHEDA VALUTATIVA

DATI PERSONALI:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ in Via _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Mail _____

Peso _____ (Kg) Altezza _____ (cm) Professione _____

Attività sportiva praticata _____

ANAMNESI:

Problema lamentato _____

Soffre di:

NO SI'

NO SI'

ASMA

ALLERGIE

DIABETE

COLESTEROLO

MALATTIE RENALI

MALATTIE RESPIRATORIE

MALATTIE VASCOLARI

MALATTIE CARDIACHE

TACHICARDIA

BRADICARDIA

PRESSIONE ALTA

PRESSIONE BASSA

DISTURBI DEL

PAVIMENTO PELVICO

Altro _____

Interventi chirurgici _____

Visite mediche specialistiche/esami strumentali _____

Infortuni e traumi _____

Gravidanza? _____

Menopausa? No SÍ

Assume farmaci? No SÍ Quali? _____

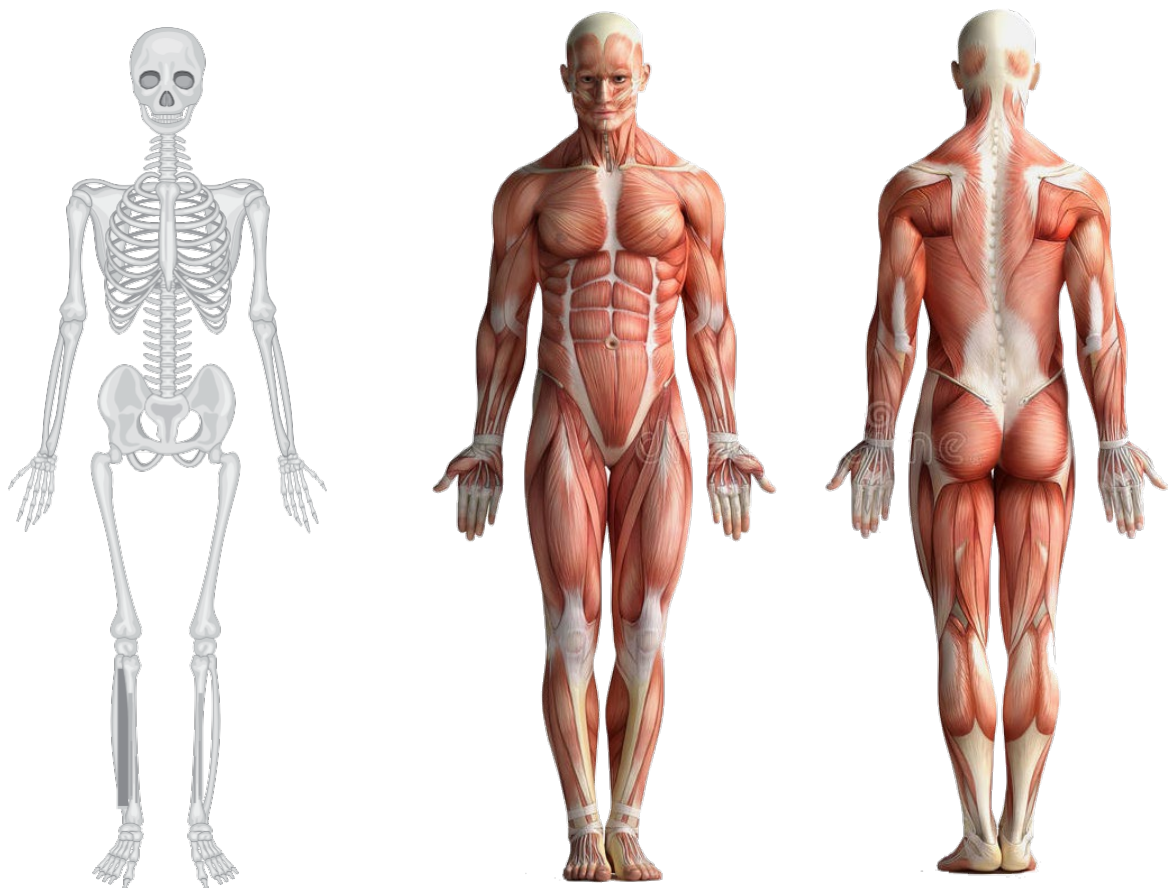
Porta occhiali o lenti a contatto? No SÍ per _____

Ha problemi di udito? No SÍ

Sonno regolare? No Sí

Minzioni: 2/3 volte al giorno 7/10 volte al giorno

Alvo: regolare irregolare



In quali punti sente difficoltà? Segnateli!

Quali posizioni mantiene più a lungo durante la giornata?

Quali posizioni peggiorano il suo dolore?

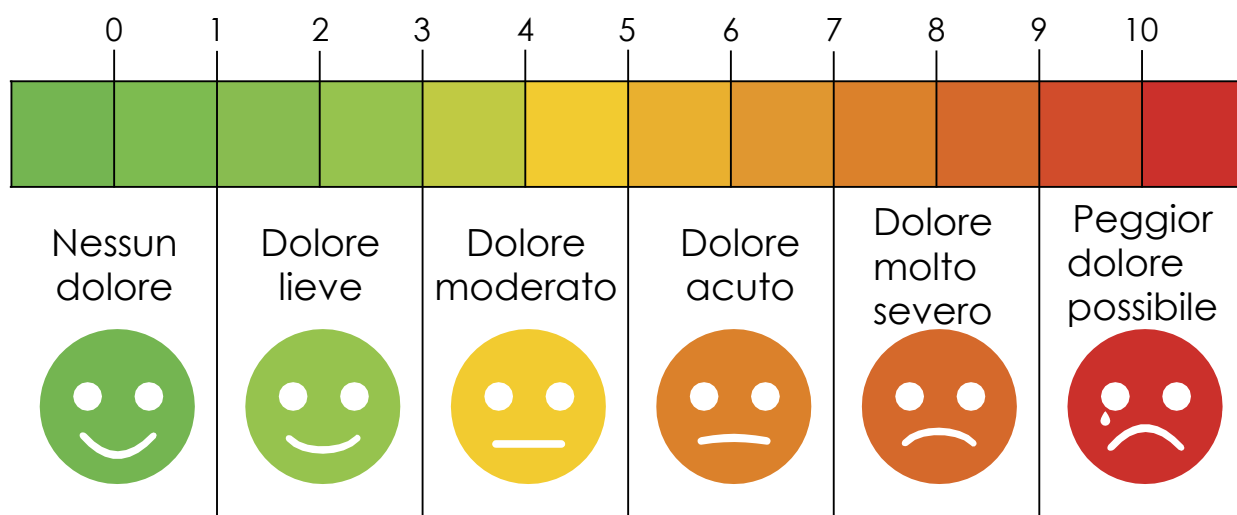
In che posizione sta meglio?

In che momento della giornata peggiora? O compare? E quando migliora?

Dia un punteggio da 1 a 10 al suo dolore!!!

Scala del dolore

Scala numerica per la misurazione del dolore





A quale scalino siete? _____

A quale vuole arrivare? _____

Obiettivi _____

“Prenditi cura del tuo corpo, è l’unico posto in cui devi vivere!”