



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BRESCIA
Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali
CORSO DI STUDIO IN FISIOTERAPIA

CARTELLA DIDATTICO-RIABILITATIVA

II anno - Anno Accademico _____

STUDENTE _____

SEZIONE DI CORSO

BRESCIA

CREMONA

MANTOVA

SEDE DI TIROCINIO: _____

VALUTAZIONE FINALE ELABORATO:/ 30

NOTE: _____

TUTORE _____

ASSISTENTE _____

STUDENTE _____

DATI GENERALI E ANAMNESI

(Dalla cartella clinica, dalla comunicazione interdisciplinare,
dal colloquio con il paziente e i familiari)

Cognome e nome (iniziali) _____ età _____ sesso F M

nazionalità _____ scolarità _____

professione _____

paziente ambulatoriale paziente ricoverato dal _____ (data)

ospite Centro Diurno Anziani ospite RSA

Diagnosi di accoglimento: _____

Data evento indice _____

Specificare se d'esordio o riacutizzazione _____

Informazioni utili per la valutazione ed il trattamento riabilitativo

Comorbilità associate _____

Terapia farmacologica: _____

Presidi: sondino n/g peg catetere vescicole altro

Ausili ed ortesi: _____

Situazione abitativa: vive solo con famigliari con caregiver

Barriere architettoniche: no sì - quali: _____

Abitudini di vita e aspetti relazionali: _____

Autonomia nelle ADL (igiene personale, vestizione, alimentazione, ecc.)

Anamnesi riabilitativa (trattamenti riabilitativi precedenti): _____

Indagini strumentali (data, tipologia d'esame e sintesi del referto): _____

VALUTAZIONE FUNZIONALE

Attraverso l'osservazione diretta, le tecniche di valutazione manuale e le scale di misura.

Aspetti psicocomportamentali e neuropsicologici

Stato di coscienza	Comportamento	Orientamento	Comunicazione	Coscienza di malattia
<input type="checkbox"/> Vigile <input type="checkbox"/> Attento <input type="checkbox"/> Obnubilato <input type="checkbox"/> Soporoso <input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Adeguato <input type="checkbox"/> Agitazione <input type="checkbox"/> Aggressività <input type="checkbox"/> Rallentamento <input type="checkbox"/> Altro	Spazio <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Afasia <input type="checkbox"/> Disartria <input type="checkbox"/> Altro _____	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Non valutabile
		Tempo <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
		Persona <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		
		<input type="checkbox"/> Non valutabile		
Aspetto cognitivo	<input type="checkbox"/> Nella norma <input type="checkbox"/> Neglect _____ <input type="checkbox"/> Memoria _____ <input type="checkbox"/> Aprassia _____ <input type="checkbox"/> Agnosie _____ <input type="checkbox"/> Altro _____			

ESAME OBIETTIVO

Sistema articolare e muscoloscheletrico		
Ispezione	Valutazione articolare (ROM attivo e passivo)	Valutazione muscolare
Colonna		
<input type="checkbox"/> Normale		
<input type="checkbox"/> Edema		
<input type="checkbox"/> Flogosi		
<input type="checkbox"/> Deformità		
Cingolo scapolare		
<input type="checkbox"/> Normale		
<input type="checkbox"/> Edema		
<input type="checkbox"/> Flogosi		
<input type="checkbox"/> Deformità		
Gomiti		
<input type="checkbox"/> Normale		
<input type="checkbox"/> Edema		
<input type="checkbox"/> Flogosi		
<input type="checkbox"/> Deformità		
Mani		
<input type="checkbox"/> Normale		
<input type="checkbox"/> Edema		
<input type="checkbox"/> Flogosi		
<input type="checkbox"/> Deformità		
Cingolo pelvico		
<input type="checkbox"/> Normale		
<input type="checkbox"/> Edema		
<input type="checkbox"/> Flogosi		
<input type="checkbox"/> Deformità		
Ginocchia		
<input type="checkbox"/> Normale		
<input type="checkbox"/> Edema		
<input type="checkbox"/> Flogosi		
<input type="checkbox"/> Deformità		
Caviglie/piedi		
<input type="checkbox"/> Normale		
<input type="checkbox"/> Edema		
<input type="checkbox"/> Flogosi		
<input type="checkbox"/> Deformità		

Tono		Trofismo		Stenia		Note										
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Ipertonia spastica	<input type="checkbox"/> Ipertonia plastica	<input type="checkbox"/> Ipotonia	<input type="checkbox"/> Flaccidità	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Ipotrofia lieve*	<input type="checkbox"/> Ipotrofia grave*	<input type="checkbox"/> Altro	*misura circonferenziale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Ipostenia	<input type="checkbox"/> Paresi	<input type="checkbox"/> Plegia	<input type="checkbox"/> Non valutabile		
Coordinazione		Movimenti involontari		Movimenti volontari												
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Dismetria/frenage	<input type="checkbox"/> Diadococinesia	<input type="checkbox"/> Asinerzia	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tremore	<input type="checkbox"/> Discinesie	<input type="checkbox"/> Mioclonie	<input type="checkbox"/> Movimenti coreiformi	<input type="checkbox"/> Normali	<input type="checkbox"/> Bradicinesia	<input type="checkbox"/> A/ipocinesia				
Postura																
Seduto								Stazione eretta								
<input type="checkbox"/> Normale senza supporti	<input type="checkbox"/> Lateropulsione	<input type="checkbox"/> Retropulsione	<input type="checkbox"/> Solo con supporti	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Con atteggiamento in flessione	<input type="checkbox"/> Camptocormica	<input type="checkbox"/> Lateropulsione	<input type="checkbox"/> Retropulsione	<input type="checkbox"/> A base allargata	<input type="checkbox"/> Non valutabile					
Deambulazione																
<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> Con assistenza	<input type="checkbox"/> Con ausili	<input type="checkbox"/> Carico completo	<input type="checkbox"/> Carico parziale (Kg o %) _____	<input type="checkbox"/> Non carico											
<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Claudicante	<input type="checkbox"/> Anserina	<input type="checkbox"/> Emiparetica	<input type="checkbox"/> Paraparetica	<input type="checkbox"/> Aprassica	<input type="checkbox"/> Atassica	<input type="checkbox"/> Pseudobulbare	<input type="checkbox"/> Parkinsoniana	<input type="checkbox"/> Steppante	<input type="checkbox"/> Instabile	<input type="checkbox"/> Non valutabile					
Passaggi posturali e trasferimenti																
<input type="checkbox"/> Decubito supino-decubito laterale	<input type="checkbox"/> Decubito supino-seduto	<input type="checkbox"/> Seduto-decubito supino	<input type="checkbox"/> Seduto-stazione eretta	<input type="checkbox"/> Stazione eretta-seduto	<input type="checkbox"/> Da letto a sedia	<input type="checkbox"/> Da sedia a carrozzina	<input type="checkbox"/> Da letto a carrozzina e viceversa									
Scale: salita/discesa																
<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con ausili														
Nervi cranici	<input type="checkbox"/> Normali	<input type="checkbox"/> Alterati	Deglutizione	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Disfagia											

OSSERVAZIONE STATICA ANALITICA DELL'ARTO E DELLA REGIONE

LESA (rilevare deviazioni assiali, alterazioni morfologiche, alterazioni del trofismo muscolare, deformità tipiche relative alla lesione, caratteristiche e colorito della cute, cicatrici (localizzazione ed estensione), presenza di edema, segni tipici di disturbi circolatori quali flebiti, sindrome algodistrofica, ecc.):

STAZIONE ERETTA (descrizione della posizione nei diversi piani al fine di rilevare eventuali asimmetrie, difetti di postura, deviazioni assiali ed atteggiamenti viziati degli arti, alterazione della distribuzione del carico...):

CARATTERISTICHE DELLA DEAMBULAZIONE (descrivere eventuali difetti di simmetria, coordinazione, armonia, lunghezza e larghezza del passo, durata dell'appoggio, ritmo ed individuare le alterazioni significative eventualmente presenti nelle diverse fasi del passo: approccio al suolo, pieno carico, stacco dal suolo, oscillazione):

ATTIVITÀ DEGLI ARTI SUPERIORI


ANALISI DEL GESTO (descrivere il movimento rispetto ad una specifica funzione (pettinarsi, lavarsi, afferrare un oggetto...):

PRESE, PINZE e MANIPOLAZIONE DELL'OGGETTO (come il paziente utilizza tronco, spalla e gomito nel raggiungimento dell'oggetto, come il paziente orienta avambraccio, polso e dita nell'approccio all'oggetto, le modalità di prensione (tipi di presa, adattabilità all'oggetto,...) e di manipolazione (come si adegua alle sue caratteristiche) dell'oggetto)

Sensibilità	<input type="checkbox"/> Tattile	<input type="checkbox"/> Termica	<input type="checkbox"/> Dolorifica	<input type="checkbox"/> Propriocettiva	<input type="checkbox"/> Cinestesica
	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Normale
	<input type="checkbox"/> Alterata	<input type="checkbox"/> Alterata	<input type="checkbox"/> Alterata	<input type="checkbox"/> Alterata	<input type="checkbox"/> Alterata
	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Non valutabile
	Discriminativa: <input type="checkbox"/> localizzazione tattile <input type="checkbox"/> stereognosia <input type="checkbox"/> estinzione del doppio stimolo bilaterale				
Sindromi sensitive: <input type="checkbox"/> parestesie <input type="checkbox"/> disestesie					
Area interessata _____ _____					

DISTURBI SENSORIALI (vista, ecc.) _____

STATO DELLA CUTE: normale arrossata decubiti: sede _____

Dolore	Caratteristiche	Insorgenza _____ _____
	<input type="checkbox"/> Continuo <input type="checkbox"/> Intermittente <input type="checkbox"/> Superficiale <input type="checkbox"/> Profondo <input type="checkbox"/> Acuto <input type="checkbox"/> Diffuso <input type="checkbox"/> Sordo <input type="checkbox"/> A fitte	Localizzazione _____ _____
		Risposta nelle attività funzionali _____ _____
		Fattori allevianti/aggravanti _____ _____
	VAS	 NESSUN DOLORE

SCALA ANALOGICO – VISIVA DEL DOLORE (VAS): rappresentazione visiva del dolore che il paziente crede di avvertire

SCALE SOMMINISTRATE (le scale utilizzate vanno allegate):

Limitazione nelle attività di vita quotidiana e restrizione della partecipazione (se e come la lesione/menomazione condiziona le attività quotidiane e la socialità):

VALUTAZIONE FUNZIONALE (sintesi): _____

DIAGNOSI FUNZIONALE/FISIOTERAPICA: _____

PROBLEMI RIABILITATIVI (elencare i principali problemi riabilitativi individuati stabilendone le priorità di intervento)

PROGNOSI RIABILITATIVA (formulare un'ipotesi sui miglioramenti prevedibili)

OBIETTIVI RIABILITATIVI

OBIETTIVI A BREVE TERMINE

<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Miglioramento della funzione
<input type="checkbox"/> Miglioramento del ROM articolare	<input type="checkbox"/> Contenimento danni terziari
<input type="checkbox"/> Incremento della forza muscolare	<input type="checkbox"/> Autonomia nei passaggi posturali
<input type="checkbox"/> Recupero autonomia nelle ADL	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Recupero autonomia nella deambulazione	<input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Senza ausili
<input type="checkbox"/> Recupero delle capacità comunicative	<input type="checkbox"/> Miglioramento resistenza allo sforzo <input type="checkbox"/> Ripristino funzionalità respiratoria
<input type="checkbox"/> Recupero deglutizione	
Altro:	

OBIETTIVI A MEDIO TERMINE

<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Miglioramento della funzione
<input type="checkbox"/> Miglioramento del ROM articolare	<input type="checkbox"/> Contenimento danni terziari
<input type="checkbox"/> Incremento della forza muscolare	<input type="checkbox"/> Autonomia nei passaggi posturali
<input type="checkbox"/> Recupero autonomia nelle ADL	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Recupero autonomia nella deambulazione	<input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Senza ausili
<input type="checkbox"/> Recupero dei disturbi neuropsicologici	<input type="checkbox"/> Miglioramento resistenza allo sforzo <input type="checkbox"/> Ripristino funzionalità respiratoria
<input type="checkbox"/> Recupero deglutizione	
Altro:	

OBIETTIVI A LUNGO TERMINE

<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Miglioramento della funzione
<input type="checkbox"/> Miglioramento del ROM articolare	<input type="checkbox"/> Contenimento danni terziari
<input type="checkbox"/> Incremento della forza muscolare	<input type="checkbox"/> Autonomia nei passaggi posturali
<input type="checkbox"/> Recupero autonomia nelle ADL	<input type="checkbox"/> Parziale <input type="checkbox"/> Totale
<input type="checkbox"/> Recupero autonomia nella deambulazione	<input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Senza ausili
<input type="checkbox"/> Recupero dei disturbi neuropsicologici	<input type="checkbox"/> Miglioramento resistenza allo sforzo <input type="checkbox"/> Ripristino funzionalità respiratoria
<input type="checkbox"/> Recupero deglutizione	
Altro:	

OBIETTIVO GLOBALE (a lungo termine)

Rientro a domicilio	<input type="checkbox"/> Con assistenza	<input type="checkbox"/> Rientro a domicilio previa riabilitazione estensiva	<input type="checkbox"/> Inserimento in struttura assistenziale
	<input type="checkbox"/> Senza assistenza		

Altro: _____

PROGRAMMI RIABILITATIVI SPECIFICI

Mobilizzazione: <input type="checkbox"/> Passiva <input type="checkbox"/> Attiva assistita <input type="checkbox"/> Attiva <input type="checkbox"/> Controresistenza	<input type="checkbox"/> Passaggi posturali <input type="checkbox"/> Rieducazione stazione seduta <input type="checkbox"/> Rieducazione stazione eretta <input type="checkbox"/> Rieducazione deambulazione <input type="checkbox"/> Rieducazione posturale	<input type="checkbox"/> Massoterapia <input type="checkbox"/> Terapia fisica <input type="checkbox"/> Esercizi respiratori <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Valutazione e trattamento competenze neuropsicologiche <input type="checkbox"/> Altro _____		
Educazione terapeutica: <input type="checkbox"/> Al paziente <input type="checkbox"/> Ai familiari <input type="checkbox"/> Al caregiver	Ausili: <input type="checkbox"/> Valutazione <input type="checkbox"/> Adattamento <input type="checkbox"/> Addestramento	

Note: _____

PROGRAMMA RIABILITATIVO/EDUCATIVO DOMICILIARE

SEDUTA FISIOTERAPICA (tempi, setting, sequenze di intervento):

SEDUTA FISIOTERAPICA di GRUPPO:

VERIFICA DEI RISULTATI

OBIETTIVI RAGGIUNTI (completamente o parzialmente: quali e come):

OBIETTIVI NON RAGGIUNTI (quali e perché):

GRADO DI COMPLIANCE DEL PAZIENTE:

al trattamento:  _____ 

all'educazione terapeutica:  _____ 

GRADIMENTO DEL PAZIENTE RISPETTO AL TRATTAMENTO:

 _____ 

DIARIO FISIOTERAPICO

DATA	