

VALUTATORE _____

ASSISTITO

COGNOME _____ **NOME** _____

PATOLOGIA _____

ETÀ _____ **ASL** _____

ESAME GENERALE

COLLABORAZIONE

normale/buona ridotta pz non collaborante pz oppositivo

FUNZIONE RESPIRATORIA

non compromissione insufficienza respiratoria non in ventilazione
 NIV (ventilazione non invasiva) notturna NIV notturna + diurna tracheostomia

FUNZIONE DELLA DEGLUTIZIONE

non compromissione disfagia con dieta modificata PEG

ESAME MUSCOLI MIMICI

Chiude gli occhi bene parzialmente non li chiude dorme ad "occhi aperti"
 Protrude le labbra bene parzialmente non protrude le labbra
 Gonfia le gote bene parzialmente non gonfia le gote

CAPO

Controllo presente parziale assente

POSTURA

Tronco/colonna iperlordosi lombare scoliosi cifosi cervicale/chiusura spalle

Scapola alata no solo dopo abduzione AASS a riposo e dopo abduzione AASS
 Se sì: simmetrica asimmetrica der dx>sn asimmetrica der sn>dx

Arto inferiore dx in asse intraruotato extraruotato

Arto inferiore sn in asse intraruotato extraruotato

Ginocchio dx in asse varo valgo recurvato

Ginocchio sn in asse varo valgo recurvato

Piede dx in asse equino varo valgo supinato pronato
 cavo piatto

Piede sn in asse equino varo valgo supinato pronato
 cavo piatto

DEAMBULAZIONE

- In interno possibile senza appoggio possibile con appoggio monolaterale
 possibile con appoggio bilaterale non possibile
- In esterno possibile senza appoggio possibile con appoggio monolaterale
 possibile con appoggio bilaterale non possibile
- Sulle punte possibile non possibile
Sui talloni possibile non possibile
- Andatura normale steppante anserina iperlordosi atassica spastica

CAPACITÀ FUNZIONALI MOTORIE/NELLE ADL

- Correre possibile possibile solo marcia veloce non possibile
- Alzarsi da un sedia senza appoggio con appoggio monolaterale
 con appoggio bilaterale con aiuto di una persona non possibile
- Alzarsi da terra senza appoggio con "arrampicamento" (Gowers)
 con appoggio esterno non possibile autonomamente
- Salire le scale senza appoggio con appoggio al corrimano
 con appoggio bilaterale (corrimano e cosia) non possibile
- Passaggio supino/prono: senza difficoltà con difficoltà non autonomo
Passaggio supino/seduto: senza difficoltà con appoggio esterno/girandosi sul fianco
 non possibile autonomamente
- Abduce gli arti superiori: Dx: senza limitazioni (90°+elevazione) tra 45° e 90° <45°
Sn: senza limitazioni (90°+elevazione) tra 45° e 90° <45°
- Riesce a pettinarsi sì con difficoltà/compenso/parzialmente no
Riesce a lavarsi i denti sì con difficoltà/compenso/parzialmente no
Riesce a togliersi la maglia sì con difficoltà/compenso/parzialmente no

ESAME MUSCOLARE

TROFISMO MUSCOLARE

Ipotrofia no sì → sedi _____

Ipertrofia no sì → sedi _____

FORZA MUSCOLARE CON SCALA MRC

- 0: assente la contrazione muscolare 1: contrazione presente ma senza movimento attivo
 2: movimento attivo ma non full range (non vince la gravità)
 3: movimento attivo full range (vince la gravità) ma non oppone resistenza
 4: movimento full range, oppone resistenza ma viene vinto dall'esaminatore
 5: muscolo forte (non viene vinto dall'esaminatore)

	GRUPPO MUSCOLARE	DX	SN
SPALLA	Abduttori della spalla		
GOMITO	Flessori del gomito		
	Estensori del gomito		
MANO	Estensori del polso		
	Flessori del polso		
	Estensore comune delle dita		
	Flessori delle dita		
ANCA	Estensori dell'anca		
	Adduttori dell'anca		
	Abduttori dell'anca		
	Flessori dell'anca		
GINOCCHIO	Estensori del ginocchio		
	Flessori del ginocchio		
PIEDE	Flessori dorsali del piede		
	Flessori plantari del piede		
	Flessore dorsale alluce		
COLLO	Flessori del collo		
	Estensori del collo		

RETRAZIONI MUSCOLO-TENDINEE

Anca deformità in flessione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____
Ginocchio deformità in flessione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____
Tibio-tarsica/tendine d'Achille	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____
Bendarella ileo-tibiale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____
Gomito deformità in flessione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____
Prono-supinazione	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____
Retrazione in flessori del polso	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____
Polso in deviazione ulnare	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____
Polso in deviazione radiale	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____
Retrazione in flessione delle dita	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → gradi	_____

AUSILI/ORTESI IN USO AL PAZIENTE

Docce gamba-piede	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tutori gamba-piede	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tutori femoro-podali	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tutori a correzione progressiva	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Tavolo di statica/verticalizzatore	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Busti/corsetti	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Carrozzina manuale	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Carrozzina elettrica	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Propulsori di spinta/carrozzina elettrificata	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Sollevatore	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ventilatore	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Macchina della tosse	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Ausili per la comunicazione	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
Altro (specificare) _____		

Descrizione/uso degli ausili

EVENTI CLINICI DALL'ULTIMA VALUTAZIONE

CADUTE	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → quante	_____
FRATTURE	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → quante	_____
INFEZIONI RESPIRATORIE	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì → quante	_____

Altro (specificare) _____

TRATTAMENTO RIABILITATIVO

TRATTAMENTO EFFETTUATO

OBIETTIVI RAGGIUNTI

VARIAZIONI RISPETTO ALLA PRECEDENTE VALUTAZIONE

OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE

Data: ____/____/____

Firma _____