



**le Terrazze**

Casa di Cura Privata per la Riabilitazione e Poliambulatori

**SPALLA**

DESTRA

SINISTRA

Data .....

Cognome e Nome .....Età .....

**Motivo dell'esame** .....

Trauma (data) .....

Trauma diretto

Nessun trauma

Si è LUSSATA la spalla?

SI

NO

Anteriormente

Posteriormente

Spontaneamente

Una volta (data) .....

Più volte .....

E' mai stato operato/a a questa spalla?

NO

SI (data) .....  
(segnalare anche più interventi)

Se è stato operato/a specificare

Acromionplastica

Tendini della cuffia dei rotatori

Capsula e legamenti

Altri (specificare quali) .....

Dolore

NO

SI

quando alza il braccio

quando ruota il braccio

quando lancia un oggetto

Limitazione funzionale

SI

NO

**Eventuali altre informazioni utili** .....

*Per una efficace diagnosi è "INDISPENSABILE" possedere informazioni cliniche sufficienti, si prega di portare tutti i **PRECEDENTI** (esami diagnostici, cartelle cliniche ecc.) riguardanti l'articolazione in esame.*