



**le Terrazze**

Casa di Cura Privata per La Riabilitazione e Poliambulatori

**CAVIGLIA**

DESTRA

SINISTRA

Data .....

Cognome e Nome ..... Età .....

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

1° Trauma (data) ..... Trauma diretto      Nessun trauma

Distorsione

Ha subito la distorsione con deviazione del piede      verso l'interno      verso l'esterno

Traumi successivi (data) ..... Trauma diretto      Distorsione

E' mai stato operato/a a questa caviglia?      NO      SI (data) .....  
(segnalare anche più interventi)

Che tipo di intervento:.....

Ha mai subito fratture, se si specificare dove      tibia  
perone  
astragalo  
calcagno  
ossa del piede (specificare quali) .....

La caviglia tende a gonfiarsi / si è mai gonfiato?      SI      NO

Dolore      NO      SI

Anteriore      Posteriore      Laterale      Mediale      Interno

Il dolore è      dopo attività fisica      a riposo

Sente l'articolazione instabile?      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.*