C.C. n° ..... **Presidio Ospedale** .....

DATA INIZIO ATTIVITÀ FISIOTERAPICA ...../...../.....

001232

U.O. .....

Fisioterapista ..... Medico prescrittore .....

Cognome..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Data ..... / ..... / .....

Residenza ..... Tel. .....

Supporto familiare o caregiver ..... Si ☐ No ☐

Diagnosi di accesso .....

.....

Diagnosi funzionale .....

.....

Scale di valutazione funzionale .....

.....

Ausili .....

PATOLOGIE ASSOCIATE No ☐ Si ☐ Se si: _____

_____

_____

_____

PROBLEMI CLINICI : No ☐ Si ☐ Se si: _____

_____

_____

_____

_____

VALUTAZIONE FUNZIONALE INIZIALE

ANAMNESI FISIOTERAPICA .....

.....

.....

OSSERVAZIONE/VALUTAZIONE .....

.....

.....

.....

OBIETTIVI FISIOTERAPICI

A breve termine NO SI

DESCRIVERE.....

.....

.....

A medio termine NO SI

DESCRIVERE .....

.....

.....

A lungo termine NO ☐ SI ☐

DESCRIVERE .....

.....

.....

FASI E MODALITÀ DEL PROGRAMMA FISIOTERAPICO

.....

.....

.....

COMPLIANCE SI ☐ NO ☐ DESCRIVERE .....

.....

VALUTAZIONE FUNZIONALE FINALE

VERIFICA DEGLI ESITI ATTESI .....

.....

.....

OBIETTIVI FISIOTERAPICI RAGGIUNTI .....

.....

PROSECUZIONE PROGRAMMA FISIOTERAPICO .....

.....

Allegati ..... Firma .....

DIARIO FISIOTERAPICO

DATA	FISIOTERAPISTA

DIARIO FISIOTERAPICO

DATA	FISIOTERAPISTA

Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione	CARTELLA FISIOTERAPICA All. 1 per CONSULENZE	Pag. 1 di 2

C.C. n° ..... 001232 Presidio Ospedale .....

Data inizio attività fisioterapica ...../...../..... U.O. .....

Fisioterapista ..... Medico prescrittore .....

Cognome..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Data ..... / ..... / .....

Diagnosi di accesso .....

Diagnosi funzionale .....

Scale di valutazione funzionale SI ☐ NO ☐

.....

Patologie associate SI ☐ NO ☐

.....

.....

.....

VALUTAZIONE FUNZIONALE

Anamnesi fisioterapica .....

.....

.....

Osservazione/valutazione .....

.....

.....

Obiettivi fisioterapici

.....

.....

.....

Compliance SI ☐ NO ☐ .....

DIARIO FISIOTERAPICO

DATA	FISIOTERAPISTA

DIARIO FISIOTERAPICO

DATA	FISIOTERAPISTA

Civico Di Cristina Benfratelli	CARTELLA FISIOTERAPICA All. 2 per U.O. Neurologia con Stroke	Rev. 1 del 27/9/2021 Pag. 1 di 4

C.C. n° ……

Data inizio attività fisioterapica ……/……/……

001232

Presidio Ospedale Civico

Fisioterapista …… Medico prescrittore ……

Cognome…… Nome ……

Luogo di nascita …… Data …… / …… / ……

Residenza …… Tel. ……

Supporto familiare o caregiver …… Si ☐ No ☐

Data ricovero ……

Diagnosi di ingresso ……

Ictus ischemico ☐ emorragico ☐ Trombolisi sistemica ☐ Trombolisi meccanica ☐

Sede della lesione ……

Patologie associate: Diabete ☐ FA ☐ Ipertensione ☐

Pregressi interventi chirurgici ……

Altro ……

……

……

Esame obiettivo ingresso

Allettato ☐ Parzialmente autonomo ☐ Autonomo ☐

Orientamento spazio-temporale Si ☐ No ☐

Grado di collaborazione Scarso ☐ Discreto ☐ Buono ☐

Emiplegia …… *Emiparesi* ……

Disturbi del linguaggio …… *Emianopsia* ……

Capo: deviazione dx ☐ sx ☐ *Deviazione orale* dx ☐ sx ☐

Arto superiore dx ☐ sx ☐ Plegico ☐ Paretico ☐

Tono muscolare Normale ☐ Indenne ☐ *Sensibilità* Ridotta ☐ Non valutabile ☐

Arto inferiore dx ☐ sx ☐ Plegico ☐ Paretico ☐

Tono muscolare Normale ☐ Indenne ☐ *Sensibilità* Ridotta ☐ Non valutabile ☐

Postura obbligata a letto ☐ SNG ☐

Stazione eretta Si ☐ No ☐ Lateropulsione ☐ Retropulsione ☐

Deambulazione Si ☐ No ☐ con assistenza ☐ atassica ☐

con bastone ☐ con girello ☐

Test di valutazione

Trunk control Test	Ingresso	**Trunk control Test**	Dimissione
Girarsi sul lato malato	_____	Girarsi sul lato malato	_____
Girarsi sul lato sano	_____	Girarsi sul lato sano	_____
Passaggio supino-seduto	_____	Passaggio supino-seduto	_____
Equilibrio da seduto	_____	Equilibrio da seduto	_____
Totale	_____	*Totale*	_____

Motricity index	Ingresso	**Motricity index**	Dimissione
Presa a pinza	_____	Presa a pinza	_____
Flessione di gomito a 90°	_____	Flessione di gomito a 90°	_____
Abduzione di spalla	_____	Abduzione di spalla	_____
Dorsiflessione di caviglia	_____	Dorsiflessione di caviglia	_____
Estensione di ginocchio	_____	Estensione di ginocchio	_____
Flessione di anca	_____	Flessione di anca	_____
Totale	_____	*Totale*	_____

Barthe Index	Ingresso	**Barthe Index**	Dimissione
Alimentazione	_____	Alimentazione	_____
Fare il bagno	_____	Fare il bagno	_____
Igiene personale	_____	Igiene personale	_____
Vestirsi	_____	Vestirsi	_____
Controllo del retto	_____	Controllo del retto	_____
Controllo della vescica	_____	Controllo della vescica	_____
Trasferimenti nel bagno	_____	Trasferimenti nel bagno	_____
Trasferimenti sedia/letto	_____	Trasferimenti sedia/letto	_____
Deambulazione	_____	Deambulazione	_____
Scale	_____	Scale	_____
Totale	_____	*Totale*	_____

Obiettivi fisioterapici a breve termine .....

.....

.....

Esame obiettivo dimissione data .....

Allettato ☐ Parzialmente autonomo ☐ Autonomo ☐

Orientamento spazio-temporale Si ☐ No ☐

Grado di collaborazione Scarso ☐ Discreto ☐ Buono ☐

Emiplegia ..... *Emiparesi* .....

Disturbi del linguaggio ..... *Emianopsia* .....

Capo: deviazione dx ☐ sx ☐ *Deviazione orale* dx ☐ sx ☐

Arto superiore dx ☐ sx ☐ Plegico ☐ Paretico ☐

Tono muscolare Normale ☐ Indenne ☐ *Sensibilità* Ridotta ☐ Non valutabile ☐

Arto inferiore dx ☐ sx ☐ Plegico ☐ Paretico ☐

Tono muscolare Normale ☐ Indenne ☐ *Sensibilità* Ridotta ☐ Non valutabile ☐

Postura obbligata a letto ☐ SNG ☐

Stazione eretta Si ☐ No ☐ Lateropulsione ☐ Retropulsione ☐

Deambulazione Si ☐ No ☐ con assistenza ☐ atassica ☐

con bastone ☐ con girello ☐

Firma .....

DIARIO FISIOTERAPICO

DATA	FISIOTERAPISTA

DIARIO FISIOTERAPICO

DATA	FISIOTERAPISTA