



STORIA CLINICA PERSONALE

Nome del paziente _____ Nato/a il _____ Data _____

Il presente modulo deve essere compilato prima del consulto e inviato via email all'indirizzo sopraindicato. Dopo averlo ricevuto, ti contatteremo sempre tramite email per fissare il tuo primo consulto. Ti preghiamo di compilare il questionario sulla storia clinica personale. Se hai a disposizione eventuali risultati di esami, ecc., allegali pure all'email assieme a qualunque altra informazione rilevante non riportata in questo modulo. Tutte le informazioni da te fornite sono strettamente confidenziali. Spunta il grado (O, F, C) riferito a ciascun disturbo di cui soffri o hai sofferto. Per comprendere e valutare il tuo caso, abbiamo bisogno della tua storia clinica completa.

O = Occasionale			F = Frequente			C = Costante		
O F C	O F C	O F C	<i>Spunta ogni patologia di cui tu soffra o abbia sofferto nell'elenco seguente:</i>					
Muscoli / articolazioni	Occhi, orecchi, nasi, gola	Pelle				<input type="checkbox"/> Alcolismo		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artrite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Foruncoli				<input type="checkbox"/> Anemia		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Borsite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raffreddori	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Facilità agli ematomi				<input type="checkbox"/> Appendicite		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patologie del piede	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Strabismo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secchezza				<input type="checkbox"/> Arteriosclerosi		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ernia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sordità	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orticaria o allergia				<input type="checkbox"/> Tumore		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore lombare	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Carie dentali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prurito				<input type="checkbox"/> Varicella		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lombaggine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal di testa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eruzioni cutanee (rash)				<input type="checkbox"/> Colera		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore al collo, irrigidimento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otorrea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vene varicose				<input type="checkbox"/> Herpes labiale		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore tra le scapole	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Acufene					<input type="checkbox"/> Differite		
Generali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ghiandole ingrossate	Dolore o intorpidimento a				<input type="checkbox"/> Eczema		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tiroide ingrossata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spalle				<input type="checkbox"/> Edema		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore agli occhi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Braccia				<input type="checkbox"/> Enfisema		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsioni	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdita della visione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gomiti				<input type="checkbox"/> Epilessia		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vertigini	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presbiopia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mano				<input type="checkbox"/> Febbri sorde		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Svenimento	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disturbi gengivali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anche				<input type="checkbox"/> Gozzo		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stanchezza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Febbre da fieno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gambe				<input type="checkbox"/> Gotta		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Febbre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Raucedine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ginocchia				<input type="checkbox"/> Disturbi cardiaci		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal di testa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ostruzione nasale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piedi				<input type="checkbox"/> Herpes		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Carenza di sonno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Miopia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore al coccige				<input type="checkbox"/> Influenza		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdita di peso	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epistassi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Postura scorretta				<input type="checkbox"/> Lombaggine		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervosismo, depressione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sciatica				<input type="checkbox"/> Malaria		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nevralgia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal di gola	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Curvatura spinale				<input type="checkbox"/> Morbillo		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Torpore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tonsillite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Articolazioni gonfie				<input type="checkbox"/> Aborto spontaneo		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sudori	Gastrointestinali	Respiratori				<input type="checkbox"/> Sclerosi multipla		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tremori	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ruttii o gas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore toracico				<input type="checkbox"/> Parotite		
Cardiovascolari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colite	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tosse cronica				<input type="checkbox"/> Pacemaker		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Indurimento delle arterie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disturbi del colon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficoltà respiratorie				<input type="checkbox"/> Pleurite		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pressione alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Costipazione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sputare sangue				<input type="checkbox"/> Polmonite		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pressione bassa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sputare catarro				<input type="checkbox"/> Poliomielite		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore nella zona cardiaca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Digestione difficile	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rantolo				<input type="checkbox"/> Febbre reumatica		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cattiva circolazione	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gonfiore addominale					<input type="checkbox"/> Scarlattina		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tachicardia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fame eccessiva	Solo per le donne				<input type="checkbox"/> Infarto		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brachicardia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disturbi della cistifellea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Congestione mammaria				<input type="checkbox"/> Tubercolosi		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gonfiore alle caviglie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emorroidi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Crampi o dolori alla schiena				<input type="checkbox"/> Febbre tifoidea		
Genitourinari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vermi intestinali	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Flusso mestruale eccessivo				<input type="checkbox"/> Ulcere		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Incontinenza notturna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ittero	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vampate di calore				<input type="checkbox"/> Malattie veneree		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangue nelle urine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disturbi epatici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irregolarità del ciclo				<input type="checkbox"/> Tosse convulsa		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minzione frequente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Noduli al seno						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Scarso controllo renale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolore allo stomaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Menopausa						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infezione renale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mancanza di appetito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mestruazioni dolorose						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minzione dolorosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Perdite vaginali						
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disturbi alla prostata	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vomito ematico							
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pus nelle urine								
		Sei incinta? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No						
		Se sì, da quanti mesi? _____						
		Quanti figli hai avuto? _____						

Descrivi il tuo problema; per la scoliosi indica il grado e il tipo della curva: _____

Da quanto tempo sei affetto da questa patologia? _____	Sta peggiorando? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ti dà problemi nel (spunta la casella corrispondente): <input type="checkbox"/> Lavorare <input type="checkbox"/> Dormire <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
Qual è stata apparentemente la causa iniziale? _____	
Sei un cura da un medico? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, per quale motivo? _____	

Sei mai stato ricoverato in ospedale negli ultimi 5 anni? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, per interventi chirurgici importanti? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No per gravi lesioni? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Hai mai sofferto di disturbi mentali o emotivi? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, quando?
Indica i farmaci che assumi: <input type="checkbox"/> Pillola anticoncezionale <input type="checkbox"/> Tranquillanti <input type="checkbox"/> Antidolorifici <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
Indossi: <input type="checkbox"/> rialzi per il tacco? <input type="checkbox"/> rialzi per le suole? <input type="checkbox"/> solette? <input type="checkbox"/> supporti ortopedici? <input type="checkbox"/> tacchi negativi? <input type="checkbox"/> scarpe ortopediche con zeppa?
Come passi la maggior parte della giornata? <input type="checkbox"/> in piedi <input type="checkbox"/> seduto <input type="checkbox"/> camminando <input type="checkbox"/> altro (specificare)

In passato, ti è mai successo di:	Sì	No	Se sì, spiegare in breve.			
- fratturarti un osso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- essere ricoverato in ospedale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- subire strappi o slogature?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- usato bastoni, stampelle o altri sostegni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- perdere i sensi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- essere ricoverato ma non per un intervento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Attualmente tu:						
- assumi minerali, erbe o vitamine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- pensi di aver bisogno di minerali, erbe o vitamine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
- sei allergico a qualche farmaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Quando ti sei sottoposto l'ultima volta a:						
	Mai	0-6 mesi	6 -18 mesi	oltre 18 mesi fa		
- radiografia della colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- visita alla colonna vertebrale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
- visita medica generale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
ABITUDINI						
	No	Poco	Mod.	Molto		
Alcolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Caffè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tabacco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Esercizio fis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Appetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bibite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cibi salati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zucchero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dolcificanti artificiali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Elencare eventuali altre patologie per cui sei stato curato o interventi chirurgici subiti negli ultimi dieci anni.

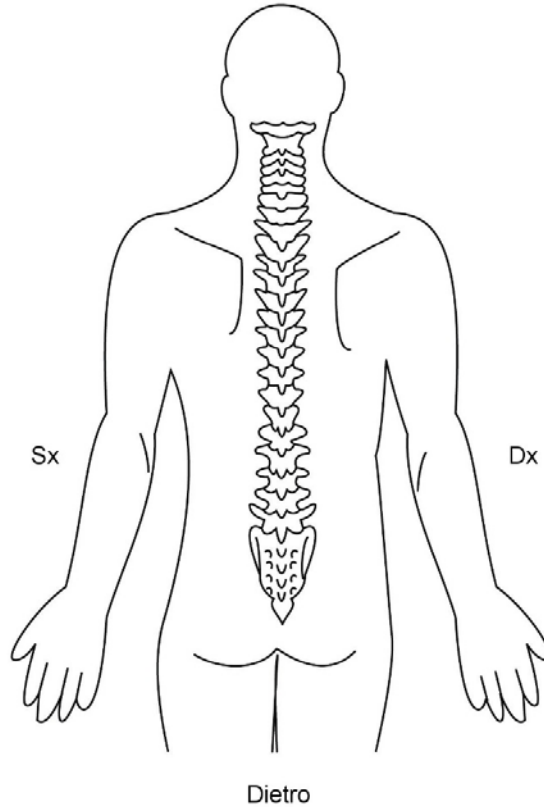
STORIA CLINICA FAMILIARE: le informazioni sui tuoi parenti prossimi, fratelli, sorelle, genitori e nonni, ci forniranno una migliore comprensione del tuo quadro di salute complessivo.

PARENTELA	PROBLEMI DI SALUTE ATTUALI E PASSATI

STORIA CLINICA DEL PAZIENTE: informazioni sulla tua storia clinica di scoliosi. Compri informazioni su quando è stata diagnosticata per la prima volta, come è progredita, sintomi correlati o meno alla scoliosi, tipi e date dei trattamenti che hai subito e qualsiasi cosa non sia stata menzionata sopra di cui desideri informare il dott. Kevin Lau.

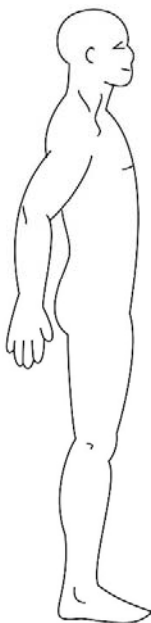


Disegna sullo schema la tua scoliosi, se possibile.

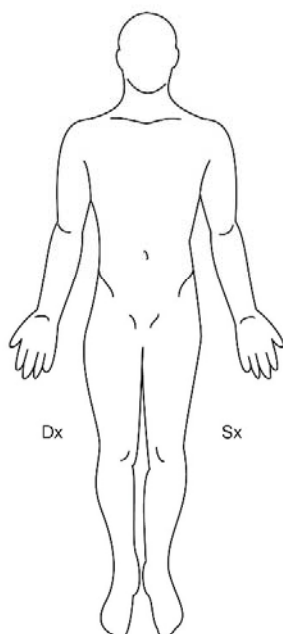


Indica le zone in cui provi dolore nelle immagini qui sotto.

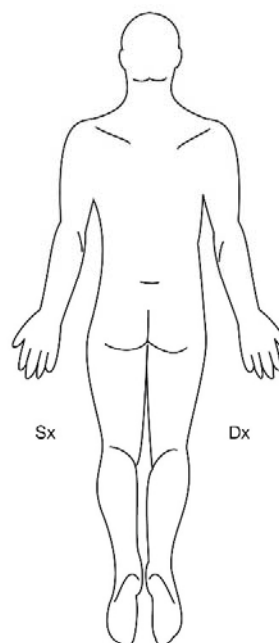
SIMBOLI	Intorpidimento	"Punture di spilli"	Irrigidimento	Dolore
	OOOOO	●●●●●	XXXXX	VVVVV



Destra



Fronte



Dietro



Sinistra