**REGISTRO REGIONALE DELLE MIELOLESIONI (BOZZA)**

# **FOLLOW UP**

#

## **Paziente**

## Cognome: ----- Sesso: M/F

## Nome: ----- Codice fiscale: -----

## 1)Anagrafica

## 2)Evento

## 3)Trattamento

(nel caso di pazienti già inseriti nel registro questi dati verranno automaticamente derivati dal software)

## 4)Ricovero/Percorso

## 5)Valutazioni

# **Anagrafica:**

 **Dati anagrafici**

## **Dati identificativi del paziente**

## Cognome:\* ---------

## Nome: \* ---------

## Codice fiscale: ---------

## Sesso: \* M/F

## Data di nascita: gg/mm/aaaa

## Luogo di nascita: -------

## \* dati da compilare obbligatoriamente per la registrazione

# **Residenza**Via/piazza: --------Numero: --------Città: --------Provincia: --------Stato estero: --------

# **Domicilio**Via/piazza: --------Numero: --------Città: --------Provincia: --------Stato estero: --------

**Numeri di telefono**:1)-------------(corrisponde a:--------------)

 2)-------------(corrisponde a:--------------)

# **Dati socio-ambientali**

## **Nazionalità:**

## Italiana

## U.E

## Extra U.E.

## Non nota

## **Stato civile:**

## Celibe/nubile

## Coniugato/a

## Vedovo/a

## Convivente

## Divorziato/separato/a

## **Scolarità:**

## Non scolarizzato

## Licenza elementare

## Licenza media inferiore

## Diploma scuola media superiore

## Laurea

## **Occupazione:**

## Lavoratore autonomo

##  *(specificare es. avvocato, idraulico, etc)*

## Lavoratore dipendente

##  *(specificare es.operaio,impiegato,dirigente*)

## Studente

## Casalinga

## Disoccupato

## Pensionato

## Altro

## Non nota

## **Settore di occupazione:**

## Agricoltura

## Industria

## Commercio

## Servizi

## Altro

## Non noto

## **Posizione assicurativa:**

## Invalidità civile

## INAIL

## Altro (specificare)

## Ancora da definire

##

## **Situazione abitativa:**

## Vive solo

## Familiari conviventi ( se si compilare voce sottostante)

##  Composizione nucleo familiare:

##  coniuge\_patner; fratelli; figli; genitori;altri parenti; persone non della famiglia)

## Persone assistenti

## Comunità

## Altro

## Non noto

# **2. Evento**

## **Paziente**

## Cognome: ----- Sesso: M/F

## Nome: ----- Codice fiscale: -----

## **Descrizione evento**

## **Eziologia:**

## Traumatica

## Non traumatica:

## Mielite

## Spondilodiscite

## Vascolare:

##  (ischemia midollare, aneurisma aortico, post-intervento per aneurisma aortico)

## Neoplastica

## Stenosi del canale

## Ernia del disco

## Siringomielia

## Altro

Data insorgenza mielolesione:---------

ASIA:

## **Dinamica (se traumatica):**

## Incidente motociclistico

## Incidente ciclistico

## Incidente automobilistico:

* Autovettura
* Motocarro-motofurgone
* Autobus/filobus/Tram
* Veicoli pesanti per trasporto merci (autocarro,autoarticolato etc)
* Veicolo speciale,trattore
* Veicolo a trazione animale o a braccia
* Quadriciclo leggero

## ❑ Pedone

## ❑ Arma da fuoco

## ❑ Arma da taglio

## ❑ Urto contro corpo contundente: (specificare)

## ❑ Caduta dall’alto:

## Balcone/finestra

## Albero

## Fasce - rive

## Scale

## Impalcatura

## Altro (specificare)

## ❑Caduta a livello del suolo:---------

## ❑Ludico-Sportivo:

## Caccia

## Paracadutismo

## Moto

## Auto

## Rugby

## Tuffo

## Sci

## Altro (specificare)

## ❑Altro(specificare)

## **Tipologia/causa:**

## Tentativo di suicidio

## Aggressione

## Infortunio sul lavoro

## Infortunio sul lavoro da circolazione stradale

## Infortunio in itinere

## Infortunio domestico

## Infortunio scolastico

## Infortunio sportivo

## Incidente in strada

## Infortunio in altri luoghi chiusi

## Incidente balneare

## Altro (specificare)

## **Tempistica:**

## **Data/luogo trauma:**

## **Luogo dove è avvenuto: (provincia, comune, se noto tipologia di strada es provinciale, autostrada) \*dato non obbligatorio**

**Vertebra colpita:**

**ASIA:**

# **3. Trattamento effettuato in fase acuta**

## **Paziente**

## Cognome: ----- Sesso: M/F

## Nome: ----- Codice fiscale: -----

## **Trattamento:**

## **Lesioni traumatiche**

## **1) Trattamento lesioni traumatiche:**

## **Tipo lesione vertebrale:**

## Frattura

## Lussazione

## Frattura/lussazione

## Nessuna

## **Vertebre colpite:** (specificare)

## **Intervento chirurgico:**

## Decompressione/Decompressione e stabilizzazione} via anteriore/posteriore (specificare)

## Dati non pervenuti Decompressione/Decompressione e stabilizzazione} via anteriore/posteriore (specificare)

## Altro: (es. Halo-vest) descrivere

## Nessun intervento

## **Data intervento:** (gg/mm/aaaa)

## **4. Ricovero/percorso**

## **I° Ricovero Riabilitativo**

* **Unità Spinale**: durata ricovero (gg)/ dove

(specificare l’ospedale in cui è stato ricoverato es. USU Pietra ligure)

* **Altra struttura riabilitativa**: durata ricovero (gg)/dove

(specificare l’ospedale in cui è stato ricoverato es. RRF Pietra ligure

##  **Altri ricoveri Riabilitativi o per complicanze:**

* **Reparto:**
* **Data ingresso/dimissioni (se non noto specificare almeno l’anno):**
* **Motivazione ricovero:**

**(se più di uno specificare se possibile le caratteristiche dei diversi ricoveri\* )**

# **Caratteristiche del ricovero durante cui si sta esaminando il paziente:**

* **Tipologia ricovero:**
* DH
* Degenza
* Visita ambulatoriale
* **Motivazione ricovero:**
* **Data ricovero/dimissioni:**

# **5.Valutazioni**

## **Paziente**

## Cognome: ----- Sesso: M/F

## Nome: ----- Codice fiscale: -----

## **Data della valutazione:** (gg/mm/aaaa)

## **Ambiti/schede di valutazione:**

## **ASIA**

## **ASIA Impairment Scale:**

## A;B;C;D;E

## **Livello neurologico:**

## Livello sensitivo dx

## Livello sensitivo sx

## Livello motorio dx

## Livello motorio sx

## **SCIM:** punteggio

## **Scala di Ashworth:** punteggio

## **Scala degli spasmi:**punteggio

## **VAS**

## **Respirazione**

## Ventilazione meccanica:si/no

## Respiro spontaneo: si/no

## Tracheocannula: si/no

## **Patologie associate:**

## es. ipertensione arteriosa, diabete, cardiopatie etc. (specificare).

##

## **Gestione sfinteri**

## **Gestione minzione:**

## Catetere vescicale a permanenza

## Cateterismo a intermittenza

## Autocateterismi

## Catetere sovrapubico

## Minzione riflessa

## Valsalva o Credè

## Minzione volontaria

## **Gestione alvo:**

## Incontinenza fecale

## Regolazione con farmaci

## Manovre riflesse

## Evacuazione volontaria

## Lavaggio transanale

## **Complicanze secondarie:**

## POA: si/no

## Spasticità:si/no

## Retrazioni muscolo-tendinee: si/no

## Lesioni da decubito: si/no

## Osteomielite: si/no

## TVP: si/no

## TEP: si/no

## Complicanze urologiche:

## Infezioni urinaria: si/no

## Calcoli renali/vescicali: si/no

## Reflusso vescico-ureterale: si/no

## Insufficenza renale: si/no

## Altro: (descrivere)