



Università degli Studi di Messina
Dipartimento di Medicina Clinica e sperimentale
CORSO DI STUDI IN FISIOTERAPIA

Scheda didattico – riabilitativa

3° ANNO

Studente _____

Tutor _____

<i>Da compilare a cura del tutor</i>	
<u>Valutazione dell'elaborato</u>	<u>Valutazione dello studente</u>
<input type="checkbox"/> Ottimo	<input type="checkbox"/> Molto Motivato
<input type="checkbox"/> Eccellente	<input type="checkbox"/> Motivato
<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Sufficientemente motivato
	<input type="checkbox"/> Frequenta con assiduità
	<input type="checkbox"/> Frequenta saltuariamente

NOTE (eventuali): _____

Firma del tutor

Data:

____/____/____

La presente scheda ha valore solo ed esclusivamente ai fini didattici

Guida alla compilazione

Anamnesi

Riportare i dati del paziente e le sue generalità, i precedenti e presenti fisiologici e patologici, individuali e familiari, le criticità del paziente, eventuali fattori di rischio.

Osservazione

Descrivere la posizione dei vari segmenti muscolo scheletrici in oggetto, avvalendosi solo dell'osservazione ed usando una terminologia professionale.

Dolore

Oltre alla durata, descrivere la tipologia cercando di utilizzare (non obbligatoriamente) termini come : continuo, intermittente, superficiale, profondo, acuto, sordo, a fitte, pulsante, pungente, lancinante, costrittivo, penetrante o perforante.

Trofismo

La valutazione del trofismo deve mettere lo studente, in condizione di riuscire ad apprezzare la differenza clinica fra **normotrofia**, **ipotrofia**, **ipertrofia** e **atrofia**; la descrizione deve inoltre puntualizzare se il quadro è generale o limitato.

Motilità

Osservare e contrassegnare quali descrizioni in cartella corrispondono alle capacità del paziente

Tono muscolare

La valutazione del tono muscolare deve mettere lo studente, in condizione di riuscire ad apprezzare la differenza clinica fra tono spastico e tono plastico. E le caratteristiche risposte muscolari che ne differenziano il grado (**normotono**, **ipotono**, **ipertono**)

Arti superiori/Arti inferiori

La valutazione dei distretti articolari, deve obbiettivare una libertà articolare completa o parziale, oppure una eventuale immobilità assoluta.

Anamnesi

Cognome e Nome (*iniziali*) _____ / _____ Eta' (*anni*): _____ Sesso M F

Ricoverato U. O. di _____

Paziente Ambulatoriale

Diagnosi di accesso _____

Anamnesi riabilitativa (*trattamenti riabilitativi precedenti*): _____

Ausili : _____

Presidi: _ sondino n/g _ peg _ catetere vescicale _ altro

Comorbilità associate : _____

Indagini strumentali (tipo d'esame e sintesi del referto): _____

Anamnesi psico – sociale

(*interessi – abitudini di vita – peculiarità dell'attività lavorativa - caratteristiche dell'ambiente abitativo e lavorativo, aspettative del paziente riguardo al percorso riabilitativo*):

Autonomia nelle ADL (*igiene personale, vestizione, alimentazione, ecc.*)

- Autosufficiente
- Non autosufficiente
- Temporaneamente non autosufficiente

Note _____

Osservazione

Coscienza:

- Vigile
- Soporoso
- Coma

Orientamento Spazio-Temporale:

- Sì
- No

Attenzione

Buona |_| Sufficiente |_| Scarsa |_| Assente |_|

Collaborazione

Buona |_| Sufficiente |_| Scarsa |_| Assente |_|

Verbalizzazione

Trofismo

Cute: Normocromica |_| Pallida |_| Cianotica |_| Itterica |_|

Piaghe da decubito (*localizzazione*)

Osservazione statica analitica nel paziente allettato

(rilevare deviazioni assiali, alterazioni morfologiche, deformità tipiche riferibili ad eventi traumatici o lesivi)

Posizione seduta:

- Non mantiene la posizione
- Mantiene la posizione solo con aiuto
- Mantiene la posizione con minimo aiuto
- Mantiene la posizione con appoggio
- Mantiene la posizione
- Non valutabile

MOTILITA' ARTO SUPERIORE

(Dx)

(Sx)

MOVIMENTI POSSIBILI IN TUTTI I DISTRETTI CON IMPACCIO MOTORIO
SOPRATTUTTO NELLA MANUALITA' FINE

MOVIMENTI POSSIBILI IN TUTTI I DISTRETTI ANCHE SE ASSISTITI E/O
FACILITATI

MOVIMENTI POSSIBILI IN ALCUNI DISTRETTI IN MODO ASSISTITO E
APPENA ACCENNATI IN ALTRI DISTRETTI

ACCENNO DI CONTRAZIONE IN ALCUNI DISTRETTI, QUALI?

NESSUNA CONTRAZIONE

MOTILITA' ARTO INFERIORE

(Dx)

(Sx)

MOVIMENTI POSSIBILI IN TUTTI I DISTRETTI CON IMPACCIO MOTORIO

MOVIMENTI POSSIBILI IN TUTTI I DISTRETTI ANCHE SE ASSISTITI E/O
FACILITATI

MOVIMENTI POSSIBILI IN ALCUNI DISTRETTI IN MODO ASSISTITO E
APPENA ACCENNATI IN ALTRI DISTRETTI

ACCENNO DI CONTRAZIONE IN ALCUNI DISTRETTI, QUALI ?

NESSUNA CONTRAZIONE

Stazione eretta

(descrizione della posizione nei diversi piani al fine di rilevare eventuali asimmetrie, difetti di postura, deviazioni assiali ed atteggiamenti viziati degli arti, alterazione della distribuzione del carico...)

Deambulazione deambula si no

(descrivere eventuali difetti di simmetria, coordinazione, armonia, lunghezza e larghezza del passo, durata dell'appoggio, ritmo ed individuare le alterazioni significative eventualmente presenti nelle diverse fasi del passo: approccio al suolo, pieno carico, stacco dal suolo, oscillazione):

Attività degli arti superiori analisi del gesto

[descrivere il movimento rispetto ad una specifica funzione (pettinarsi, lavarsi, afferrare un oggetto...)]:

Prese, pinze e manipolazione dell'oggetto

[Come il paziente utilizza tronco, spalla e gomito nel raggiungimento dell'oggetto, come il paziente orienta avambraccio, polso e dita nell'approccio all'oggetto, le modalità di prensione, (tipi di presa, adattabilità all'oggetto),... e di manipolazione (come si adegua alle sue caratteristiche) dell'oggetto]

RIFERISCE DOLORE

 No Si

Riferirsi alla guida iniziale per la descrizione del sintomo; analizzarne il comportamento nelle 24 ore (annotare eventuali segnali di pericolo)

Localizzare la parte dolente e provare a definirne il grado di intensità (*Rifersi alla scala NRS Numerical Rating Scale*):

Nessun dolore										Peggior dolore immaginabile	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Valutazione

TONO MUSCOLARE

 SPASTICO

(Arto superiore)

- NORMOTONO
- IPOTONO (Lieve/moderato/grave)
- IPERTONO (Lieve/moderato/grave)

 PLASTICO

(Arto inferiore)

- NORMOTONO
- IPOTONO (Lieve/moderato/grave)
- IPERTONO (Lieve/moderato/grave)

ARTI SUPERIORI

Ispezione	Articolazione	Movimento	Dx	MRC	Sx	MRC
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Deformità	Spalla	Flessione				
		Estensione				
		Abduzione				
		Adduzione				
		Extrarotazione				
		Intrarotazione				
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Deformità	Gomito	Flessione				
		Estensione				
		Pronazione				
		Supinazione				
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Deformità	Polso	Flessione				
		Estensione				
		Incli. Radiale				
		Incli. Ulnare				
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Deformità	Dita	Flessione				
		Estensione				
		Adduzione				
		Abduzione				

Trofismo arto sup. dx	Trofismo arto sup. sx
Valutazione	Valutazione

Note (eventuali) _____

ARTI INFERIORI

Ispezione	Articolazione		Movimento	Dx	MRC	Sx	MRC
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Deformità	Anca	Ginocchio esteso	Flessione				
			Estensione				
			Abduzione				
			Adduzione				
		Ginocchio flesso	Flessione				
			Estensione				
			Abduzione				
			Adduzione				
		Extrarotazione					
		Intrarotazione					
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Deformità	Ginocchio	Flessione					
		Estensione					
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Flogosi <input type="checkbox"/> Deformità	Tibio - tarsica	Flessione dorsale					
		Flessione plantare					

Trofismo arto inf. dx	Trofismo arto inf. sx
Valutazione	Valutazione

Note (eventuali) _____

Coordinazione	Movimenti involontari	Movimenti volontari
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Dismetria/frenage <input type="checkbox"/> Diadococinesia <input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tremore <input type="checkbox"/> Discinesie <input type="checkbox"/> Mioclonie <input type="checkbox"/> Movimenti coreiformi	<input type="checkbox"/> Normali <input type="checkbox"/> Bradicinesia <input type="checkbox"/> A/Ipocinesia

Note (eventuali) _____

Postura

Seduto	Stazione eretta
<input type="checkbox"/> Normale senza appoggi <input type="checkbox"/> Con appoggi <input type="checkbox"/> Lateropulsione <input type="checkbox"/> Retropulsione <input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Con atteggiamento in flessione <input type="checkbox"/> Camptocormica <input type="checkbox"/> Lateropulsione <input type="checkbox"/> Retropulsione <input type="checkbox"/> A base allargata <input type="checkbox"/> Non valutabile

Passaggi posturali e trasferimenti

<input type="checkbox"/> Decubito da supino a laterale <input type="checkbox"/> Decubito da supino a seduto <input type="checkbox"/> Decubito da seduto a supino <input type="checkbox"/> Da seduto a stazione eretta <input type="checkbox"/> Da stazione eretta a seduto	<input type="checkbox"/> Da letto a sedia <input type="checkbox"/> Da sedia a carrozzina <input type="checkbox"/> Da letto a carrozzina e viceversa
--	---

Deambulazione

<input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Con assistenza <input type="checkbox"/> Con ausili	<input type="checkbox"/> Carico completo <input type="checkbox"/> Carico parziale	<input type="checkbox"/> Non carica
<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Claudicante <input type="checkbox"/> Anserina <input type="checkbox"/> Falciante	<input type="checkbox"/> Paraparetica <input type="checkbox"/> Aprassica <input type="checkbox"/> Atassica <input type="checkbox"/> Pseudo bulbare	<input type="checkbox"/> Parkinsoniana <input type="checkbox"/> Steppante <input type="checkbox"/> Instabile <input type="checkbox"/> Non valutabile

Note (eventuali) _____

Descrizione della deambulazione

Ausili	Tipo di ausili
<input type="checkbox"/> Con ausili e assistenza <input type="checkbox"/> Con ausili senza assistenza <input type="checkbox"/> Senza ausili <input type="checkbox"/> Con ortesi	Canadesi a una punta <input type="checkbox"/> Tripodi o quadripodi <input type="checkbox"/>
Parametri	Note
<p>Simmetria spaziale</p> <p><i>Lunghezza del semipasso</i></p> <p>DX > <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> SX > <input type="checkbox"/></p> <p><i>Base di appoggio</i></p> <p>Normale <input type="checkbox"/> Ristretta <input type="checkbox"/> Allargata <input type="checkbox"/></p> <p><i>Lunghezza del semipasso</i></p> <p><i>Durata fase di oscillazione</i> DX > <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> SX > <input type="checkbox"/></p> <p><i>Durata fase di oscillazione</i> DX > <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> SX > <input type="checkbox"/></p> <p><i>Durata fase di oscillazione</i> DX > <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> SX > <input type="checkbox"/></p>	

Caratteristiche della deambulazione [*descrivere eventuali difetti di simmetria, coordinazione, armonia, lunghezza e larghezza del passo, durata dell'appoggio, ritmo, alterazioni significative presenti nelle varie fasi del passo (approccio al suolo, pieno carico, stacco dal suolo, oscillazione)*]

Scale: salita/discesa

<input type="checkbox"/> Autonoma	<input type="checkbox"/> con aiuto	<input type="checkbox"/> con ausili
-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

Scale di valutazione Funzionale Grado di Vignos – Grado di Brooke (Allegato A)

Scale di valutazione Funzionale BARTHEL ADL IADL
 (scegliere una o più scale da allegare alla presente scheda)

Valutazione funzionale (sintesi): _____

PROGNOSI RIABILITATIVA

Obiettivi a breve termine

<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Miglioramento della funzione
<input type="checkbox"/> Miglioramento dei ROM articolari	<input type="checkbox"/> Contenimento danni terziari
<input type="checkbox"/> Incremento della forza muscolare	<input type="checkbox"/> Autonomia nei passaggi posturali
<input type="checkbox"/> Ripristino funzionalità respiratoria	<input type="checkbox"/>
Recupero autonomia nella deambulazione	<input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Senza ausili

Definire nei dettagli le voci in tabella

Obiettivi a medio termine

<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Miglioramento della funzione
<input type="checkbox"/> Miglioramento dei ROM articolari	<input type="checkbox"/> Contenimento danni terziari
<input type="checkbox"/> Incremento della forza muscolare	<input type="checkbox"/> Autonomia nei passaggi posturali
<input type="checkbox"/> Ripristino funzionalità respiratoria	<input type="checkbox"/>
Recupero autonomia nella deambulazione	<input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Senza ausili

Definire nei dettagli le voci in tabella

Obiettivi a lungo termine

<input type="checkbox"/> Controllo del dolore	<input type="checkbox"/> Miglioramento della funzione
<input type="checkbox"/> Miglioramento dei ROM articolari	<input type="checkbox"/> Contenimento danni terziari
<input type="checkbox"/> Incremento della forza muscolare	<input type="checkbox"/> Autonomia nei passaggi posturali
<input type="checkbox"/> Ripristino funzionalità respiratoria	<input type="checkbox"/>
Recupero autonomia nella deambulazione	<input type="checkbox"/> Con ausili <input type="checkbox"/> Senza ausili
Rientro a domicilio	<input type="checkbox"/> Con assistenza <input type="checkbox"/> Senza assistenza
<input type="checkbox"/> Inserimento in struttura assistenziale	

Definire nei dettagli le voci in tabella

PROGRAMMI RIABILITATIVI

Mobilizzazione <input type="checkbox"/> Passiva <input type="checkbox"/> Attiva assistita <input type="checkbox"/> Attiva <input type="checkbox"/> Controresistenza	<input type="checkbox"/> Passaggi posturali <input type="checkbox"/> Rieducazione stazione seduta <input type="checkbox"/> Rieducazione stazione eretta <input type="checkbox"/> Rieducazione deambulazione <input type="checkbox"/> Rieducazione posturale	<input type="checkbox"/> Massoterapia <input type="checkbox"/> Terapia fisica <input type="checkbox"/> Esercizi respiratori
---	---	---

Esercizio n° 1 Obiettivo

Modalità _____

Esercizio n° 2 Obiettivo

Modalità _____

Esercizio n° 3 Obiettivo

Modalità _____

Esercizio n° 4 Obiettivo

Modalità _____

Verifica dei risultati

Obiettivi raggiunti (completamente o parzialmente: quali e come):

ALLEGATO A

GRADO DI VIGNOS

- Cammina e sale le scale senza aiuto.
- Cammina e sale le scale con l'aiuto di corrimani.
- Cammina e sale lentamente le scale con l'aiuto di corrimani (più di 12 secondi per 4 gradini standard).
- Cammina senza aiuto e si alza da una sedia ma non può salire le scale.
- Cammina senza aiuto ma non può alzarsi da una sedia o salire le scale.
- Non cammina se non con assistenza o cammina in modo autonomo con ortesi lunghe.
- Cammina con ortesi lunghe ma ha bisogno di un'assistenza per l'equilibrio.
- Sta in piedi con ortesi lunghe ma non può camminare, neppure con assistenza.
- Costretto alla carrozzina.
- Costretto al letto.

GRADO DI BROOKE

- Partendo con gli arti superiori lungo il corpo, può allargare le braccia eseguendo un cerchio completo fino ad arrivare sopra la testa.
- Può alzare le braccia al di sopra della testa solamente flettendo i gomiti (riducendo la circonferenza del movimento) o usando dei muscoli accessori.
- Non può alzare le mani sopra la testa ma può portare un bicchiere d'acqua alla bocca (180 ml) utilizzando le due mani se necessario.
- Può portare le mani alla bocca ma non può portare un bicchiere d'acqua (180ml) alla bocca.
- Non può portare le mani alla bocca ma può utilizzare le mani per tenere una matita o prendere delle monete sul tavolo.
- Non può portare le mani alla bocca e non ha nessuna funzione utile delle mani.

