

Cari pazienti

Con questo questionario vi chiediamo di valutare il vostro stato di salute. Le informazioni sulle vostre condizioni prima e dopo l'intervento ci aiuteranno a migliorare costantemente la qualità delle nostre cure. La partecipazione è volontaria. Non deve giustificare la sua decisione di partecipare e può annullare la sua partecipazione in qualsiasi momento.

Se ci fornisce i suoi dati di contatto, ci autorizza a salvarli e a inviarle un secondo questionario dopo l'operazione.

Come possiamo contattarla?

e-mail

SMS

lettera

Da compilare a cura della clinica

Etichetta paziente / ID paziente

Trattamento della seguente articolazione

In caso di intervento simultaneo su entrambi i lati (intervento bilaterale), si prega di compilare due moduli.

Spalla sinistra

Spalla destra

Consultazione prima o dopo l'intervento prima dopo

completato il (GG/MM/AAAA)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data dell'operazione (GG/MM/AAAA)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data dell'operazione non è ancora nota

Problemi con la sua spalla Barrare una casella per ogni domanda (x).

1. Durante le ultime 4 settimane ...

Come descriverebbe il **peggior** dolore che ha provato alla spalla?

Nessun	Lieve	Moderato	Forte	Insopportabile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Durante le ultime 4 settimane ...

Ha avuto difficoltà nel vestirsi da solo a causa della Sua spalla?

Nessun problema	Lieve difficoltà	Moderata difficoltà	Estrema difficoltà	Impossibile da fare
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Durante le ultime 4 settimane ...

Ha avuto difficoltà nel salire e scendere dall'auto o nel prendere un mezzo pubblico a causa dei Suoi problemi alla spalla (qualunque si tenda ad usare)?

Nessun difficoltà	Lieve difficoltà	Moderata difficoltà	Estrema difficoltà	Impossibile da fare
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Durante le ultime 4 settimane ...

E' stato in grado di utilizzare coltello e forchetta – allo stesso tempo?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	No, impossibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Durante le ultime 4 settimane ...

E' stato in grado di fare la spesa da solo?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	No, impossibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Durante le ultime 4 settimane ...

E' stato in grado di portare un vassoio contenente un piatto di cibo attraverso una stanza?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	No, impossibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Durante le ultime 4 settimane ...

E' stato in grado di pettinarsi/spazzolarsi i capelli con il braccio malato?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	No, impossibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Durante le ultime 4 settimane ...

Come descriverebbe il dolore che solitamente ha provato alla spalla?

Nessun	Molto lieve	Lieve	Moderato	Severo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Durante le ultime 4 settimane ...

E' stato in grado di appendere i vestiti nell'armadio con il braccio affetto?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	No, impossibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Durante le ultime 4 settimane ...

E' stato in grado di lavarsi e asciugarsi entrambe le ascelle?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	No, impossibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Durante le ultime 4 settimane ...

Quanto ha influito il dolore alla spalla nell'esecuzione delle Sue abituali attività lavorative (includere quelle domestiche)?

Per niente	Un po'	Moderatamente	Molto	Totalmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Durante le ultime 4 settimane ...

Il dolore alla spalla Le ha recato disturbo a letto durante la notte?

No	Solo i 1 o 2 notti	Alcune notti	La maggior parte delle notti	Tutte le notti
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Infine, assicurati di aver risposto a tutte le domande.
Grazie mille.**