

Ambulatorio Specialistico di Terapia Infiltrativa OrtopedicaDott. Francesco Pegreffi – www.pegreffi.it - Tel. 3383243271

(Lunedì-Sabato dalle 10:00 alle 13:00 e dalle 17:00 alle 19:00)

Data: _____

Nome: _____

Cognome: _____

Tel: _____

QUESTIONARIO COMPILATO DAL PAZIENTE

Tipo d'infiltrazione programmata dopo aver valutato clinicamente il paziente e aver predisposto esami specifici del distretto anatomico da infiltrare: AI – CS – CS + L – L

PRIMA DELLA PROCEDURA		
Parla e intende bene l'italiano?	SI	NO
Allergie a farmaci e/o agenti?	SI	NO
Accertamenti diagnostici per studiare il distretto anatomico da infiltrare?	SI	NO
Dolore e/o limitazione funzionale nella sede da infiltrare?	SI	NO
L'ortopedico mi ha spiegato i possibili effetti avversi descritti in letteratura?	SI	NO
Precedenti effetti avversi durante terapia infiltrativa?	SI	NO
Tende a svenire, ha paura degli aghi?	SI	NO
Convinto di sottoporsi a terapia infiltrativa?	SI	NO
Tale opzione proposta è stata valutata dal Collega Medico di Famiglia?	SI	NO
Esistono patologie che controindicano la procedura proposta?	SI	NO
DURANTE LA PROCEDURA		
L'ortopedico ha controllato la sede da infiltrare	SI	NO
L'ortopedico ha controllato il prodotto da iniettare?	SI	NO
L'ortopedico si è lavato le mani prima di procedere?	SI	NO
L'ortopedico ha impiegato guanti sterili per infiltrare?	SI	NO
L'ortopedico ha impiegato per eseguire la procedura materiale sterile e monouso?	SI	NO
L'ortopedico ha disinfettato meticolosamente la sede da infiltrare?	SI	NO
L'ortopedico ha utilizzato la crio-anestesia per infiltrare?	SI	NO
Ho sentito forte dolore durante la procedura?	SI	NO
Ho sentito parestesie durante la procedura?	SI	NO
L'ortopedico ha coperto il foro d'ingresso con una medicazione a piatto?	SI	NO
IMMEDIATAMENTE DOPO LA PROCEDURA		
Mi sono alzato e ho mosso autonomamente il distretto interessato?	SI	NO
E' insorto forte dolore nella sede dell'infiltrazione?	SI	NO
Sono insorte parestesie?	SI	NO
E' insorto malessere, vertigini, sensazione di perdita dei sensi?	SI	NO
Ha deambulato autonomamente?	SI	NO
Sono insorte ecchimosi evidenti?	SI	NO
DOPO LA PROCEDURA (il Paziente attende seduto per 10/15 minuti)		
E' insorto forte dolore nella sede dell'infiltrazione?	SI	NO
Sono insorte parestesie?	SI	NO
E' insorto malessere, vertigini, sensazione di perdita dei sensi?	SI	NO
Ha deambulato autonomamente?	SI	NO
Sono insorte ecchimosi evidenti?	SI	NO

Data: _____

Firma (il Paziente) _____