



Scala VAS di misurazione del dolore

Episodio: DESTRA protesi primo intervento - **Step:** Pre-op
Data compilazione: 2021-11-09

A M

ID paziente nel registro:

IOG110000005185

Ospedale ID:

Data nascita: 08-1962

Medico assegnato: Meroni Valentina

dolore

Domanda: La preghiamo di indicare la media del Suo dolore all'anca negli ultimi 7 giorni

In una scala da 0 a 10, con 0 che indica nessun dolore e 10 che indica il peggior dolore immaginabile

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☒ 9 ☐ 10 :

Punteggio: 10 - Vas

principale (hoos-ps)

Domanda: Difficoltà a scendere le scale?

Per ciascuna delle seguenti attività, indichi per favore il grado di difficoltà che ha incontrato durante la scorsa settimana a causa del problema alla Sua anca

- ☐ nessuna
☐ lieve
☒ moderata :
☐ grave
☐ estrema

Domanda: Difficoltà a entrare e/o uscire dalla vasca da bagno?

Per ciascuna delle seguenti attività, indichi per favore il grado di difficoltà che ha incontrato durante la scorsa settimana a causa del problema alla Sua anca

- ☐ nessuna
☐ lieve
☒ moderata :
☐ grave
☐ estrema

Domanda: Difficoltà a stare seduto?

Per ciascuna delle seguenti attività, indichi per favore il grado di difficoltà che ha incontrato durante la scorsa settimana a causa del problema alla Sua anca

- ☒ nessuna :
☐ lieve
☐ moderata
☐ grave
☐ estrema

Domanda: Difficoltà a correre?

Per ciascuna delle seguenti attività, indichi per favore il grado di difficoltà che ha incontrato durante la scorsa settimana a causa del problema alla Sua anca

- ☐ nessuna
☐ lieve
☐ moderata
☒ grave :
☐ estrema

Domanda: Difficoltà a girarsi facendo perno sulla gamba?

Per ciascuna delle seguenti attività, indichi per favore il grado di difficoltà che ha incontrato durante la scorsa settimana a causa del problema alla Sua anca

- ☐ nessuna
☐ lieve
☒ moderata :
☐ grave
☐ estrema

Punteggio: 33.9 - The Hoos score

sf12 sezione 1

Domanda: In generale, direbbe che la sua salute è

- ☐ Eccellente
☐ Molto buona
☒ Buona :
☐ Passabile
☐ Scadente

sf12 sezione 2

Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi gironata. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

Domanda: La sua salute la limita nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta?

- ☒ SI, mi limita parecchio :
☐ SI, mi limita parzialmente
☐ NO, non mi limita per nulla

Domanda: La sua salute la limita nello svolgimento di attività come salire qualche piano di scale?

- ☒ SI, mi limita parecchio :
☐ SI, mi limita parzialmente
☐ NO, non mi limita per nulla

sf12 sezione 3

Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della Sua salute fisica?

Domanda: A causa della sua salute fisica, nelle ultime 4 settimane ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane?

- ☒ si : ☐ NO

Domanda: A causa della sua salute fisica, nelle ultime 4 settimane ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività?

- ☒ si : ☐ NO

sf12 sezione 4

Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del Suo stato emotivo?

Domanda: A causa del suo stato emotivo, nelle ultime 4 settimane ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane?

- ☒ si : ☐ NO

Domanda: A causa del suo stato emotivo, nelle ultime 4 settimane ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività?

- ☐ si ☒ NO :

Domanda: A causa del suo stato emotivo, nelle ultime 4 settimane in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

- ☐ per nulla ☐ molto poco ☐ un po' ☒ molto : ☐ moltissimo

sf12 sezione 5

Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al Suo caso.

Domanda: Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito calmo e sereno?

- ☐ sempre ☒ quasi sempre : ☐ molto tempo ☐ una parte del tempo ☐ quasi mai ☐ mai

Domanda: Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito pieno di energia?

- ☐ sempre ☒ quasi sempre : ☐ molto tempo ☐ una parte del tempo ☐ quasi mai ☐ mai

Domanda: Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito scoraggiato e triste?

- ☐ sempre ☐ quasi sempre ☐ molto tempo ☐ una parte del tempo ☒ quasi mai : ☐ mai

Domanda: Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane la sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

- ☐ sempre ☐ quasi sempre ☐ una parte del tempo ☒ quasi mai : ☐ mai

Punteggio: 25.4 - PCS12

Punteggio: 57.5 - MCS12

Punteggio: 0.71 - EQ5D3L



Indice di massa corporea

Episodio: DESTRA protesi primo intervento - **Step:** Pre-op
Data compilazione: 2021-11-09

A M
ID paziente nel registro:
IOG110000005185
Ospedale ID:
Data nascita: 08-1962
Medico assegnato: Meroni Valentina

bmi
Domanda: Peso (Kg)
89
Domanda: Altezza (Cm)
190
Punteggio: 24.65 - Bmi

sezione 1

Domanda: Dolore

- ☐ assente
☐ lieve, occasionale, senza compromissione dell'attività
☐ dolore moderato, senza effetto sulle comuni attività, raramente dolore moderato risolubile con l'assunzione di aspirina
☐ dolore moderato, tollerabile ma con picchi. alcune limitazioni alle normali attività. può richiedere occasionalmente l'assunzione di farmaci più potenti dell'aspirina
☒ dolore intenso, notevole limitazione delle attività? :
☐ notevole limitazione del movimento con dolore anche a letto. seria compromissione delle proprie attività

Domanda: Ausilio

- ☒ nessuno :
☐ uso di bastone per lunghi tragitti
☐ uso di bastone per gran parte del tempo
☐ una stampella
☐ due bastoni
☐ due stampelle o impossibilitato a camminare

Domanda: Distanza percorribile

- ☐ illimitata
☒ 30 minuti :
☐ 10-15 minuti
☐ solo al chiuso
☐ letto o sedia soltanto

Domanda: Zoppia

- ☐ nessuna
☐ lieve
☒ moderata :
☐ severa o incapacità al cammino

Domanda: Attività: mettere le scarpe, indossare calze

- ☐ facilmente
☒ con difficoltà? :
☐ impossibilitato a farlo

Domanda: Salire le scale

- ☐ normalmente senza l'uso della ringhiera
☒ normalmente usando la ringhiera :
☐ possibile ma con notevole aiuto
☐ incapace a salire le scale

Domanda: Trasporto pubblico

- ☒ in grado di prendere l'autobus :
☐ non in grado di prendere l'autobus

Domanda: Capacità di sedersi

- ☒ comodamente, su una sedia comune anche per pi? di un'ora :
☐ su una sedia alta, solo 30 minuti
☐ impossibile sedersi comodamente sulla sedia

sezione 2 - assenza della deformità

rispondere a tutte 4 le domande selezionando sì/no

Domanda: Il tuo paziente ha meno di 30 gradi di flessione

- ☒ sì :
☐ no

Domanda: Il tuo paziente ha meno di 10 gradi di adduzione

- ☒ sì :
☐ no

Domanda: Il tuo paziente ha meno di 30 gradi di rotazione interna in estensione

- ☒ sì :
☐ no

Domanda: Il tuo paziente ha differenza di lunghezza di arto inferiore a 3,2 cm

- ☒ si :
☐ no

sezione 3 - movimento

Domanda: Gradi totali di flessione

- ☐ nessuno
☐ 0>8
☐ 8>16
☐ 16>24
☐ 24>32
☐ 32>40
☐ 40>45
☐ 45>55
☐ 55>65
☒ 65>70 :
☐ 70>75
☐ 75>80
☐ 80>90
☐ 90>100
☐ 100>110

Domanda: Gradi totali di abduzione

- ☐ nessuno
☐ 0>5
☒ 5>10 :
☐ 10>15
☐ 15>20

Domanda: Gradi totali di rotazione esterna

- ☐ nessuno
☒ 0>5 :
☐ 5>10
☐ 10>15

Domanda: Gradi totali di adduzione

- ☐ nessuno
☐ 0>5
☒ 5>10 :
☐ 10>15

Punteggio: 51.6 - Harris Hip Score

Punteggio: 10 - Dolore

Punteggio: 4 - Movimento

Punteggio: 34 - Funzione

Punteggio: 3.6 - Assenza deformità



Auto-valutazione iniziale

Episodio: DESTRA protesi primo intervento - **Step:** Pre-op
Data compilazione:

A M
ID paziente nel registro:
IOG110000005185
Ospedale ID:
Data nascita: 08-1962
Medico assegnato: Meroni Valentina

principale

Domanda: Rispetto all'intervento chirurgico e alle probabilità che esso possa migliorare o risolvere il suo problema di salute lei si sente:

- ☐ molto ottimista
- ☐ moderatamente ottimista
- ☐ senza particolari aspettative
- ☐ moderatamente pessimista
- ☐ molto pessimista
- ☐ non so rispondere

Domanda: Riguardo alla sua tolleranza e sopportazione del dolore pensa di averla:

- ☐ molto alta
- ☐ abbastanza alta
- ☐ normale
- ☐ abbastanza bassa
- ☐ molto bassa
- ☐ non so rispondere