

# CHIROPRACTICA ABC



VIA TORRICELLA DI SOPRA N. 33 A/B/C  
25127 BRESCIA (BS) - ITALIA  
TEL./FAX. +39 030 5053123 - MOB. +39 329 5386824  
[WWW.CHIROPRACTICA-ABC.IT](http://WWW.CHIROPRACTICA-ABC.IT)



**PRVACY:**

Il seguente questionario ed I vostri dati personali sono assolutamente riservati. La risposta ad ogni domanda e` a discrezione dell`interessato ed e`atta alla comprensione, sia della salute generale come dei problemi per i quali il paziente si e` rivolto alla Chiropratica. Il questionario e le informazioni personali sono, di esclusiva proprieta` del paziente, il quale firmando di seguito, decide il loro affidamento e ne autorizza l`utilizzo al professionista e/o alla struttura presso la quale egli/ella esercita. I dati saranno trattati secondo la normativa vigente. Il paziente autorizza, inoltre il dottore ad eseguire un esame completo

Nel caso in cui il paziente fosse minorenne, il genitore o chi ne fa le veci e` pregato di firmare.  
Io sottoscritto/a acconsento al trattamento dei dati secondo la normative vigente:

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**ANAGRAFICA:**

**DATA di oggi :** \_\_\_\_\_

**NOME:** \_\_\_\_\_ **COGNOME:** \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA: \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO CORRENTE: Via..... N.....

C.A.P..... Citta`/ paese ..... Provincia.....

N. DI TELEFONO: di casa.....

diurno (lavoro o altro).....

fax.....cell.....email.....

STATO CIVILE: celibe coniugato/a divorziato/a vedovo/a (cerchiate cio` che e` applicabile)

NUMERO DI FIGLI: \_\_\_\_\_

PROFESSIONE: \_\_\_\_\_ Presso: \_\_\_\_\_

STATE ESEGUENDO ALTRE TERAPIE/CURE IN QUESTO MOMENTO? \_\_\_\_\_

**MEDICO CURANTE:** Dr./D.ssa \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**COME SIETE VENUTI A CONOSCENZA DEI NOSTRI SERVIZI DI CHIROPRACTICA?**

Amici Parenti Medico di famiglia Specialista \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO AI TRATTAMENTI CHIROPRACTICI :**

dichiaro di essere stato esaurientemente informato dal Dr. \_\_\_\_\_ sulle metodiche chiropratiche per l'esame/trattamento proposto ed ho chiesto di essere sottoposto a tale procedura.

Inoltre, dichiaro di essere stato informato di quanto riscontrato durante l'esame chiropratico, sul trattamento adeguato alla mia persona, sulle possibili conseguenze avverse che ne potrebbero conseguire, sulle controindicazioni, sulle possibili alternative e sulle conseguenze nel caso in cui decidessi di non procedere al trattamento della mia condizione.

Dichiaro di aver ricevuto dal Dr. \_\_\_\_\_ tutte le più ampie e dettagliate informazioni su quanto sopra, in modo a me chiaro e dettagliato, comprensibile ed esaustivo. Inoltre sono consapevole di poter chiedere altre informazioni in qualsiasi momento.

Presto pertanto, consapevolmente e spontaneamente, il mio consenso a sottopormi al trattamento chiropratico con il Dr. \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_



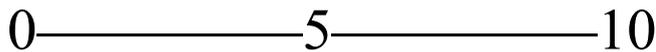
Fate sforzi fisici al lavoro (es: piegarsi, sollevare pesi, etc..) ? \_\_\_\_\_  
 Siete esposti a sostanze tossiche al lavoro? \_\_\_\_\_  
 Assumete posizioni statiche prolungate? \_\_\_\_\_  
 Hobby / passatempo?, Se si, quale/i ? \_\_\_\_\_  
 Vi siete mai fatti male durante queste attività ? (se SI, spiegate) \_\_\_\_\_

STATE ESEGUENDO ALTRE TERAPIE/CURE IN QUESTO MOMENTO? \_\_\_\_\_

**QUALE E' IL PROBLEMA PRINCIPALE CHE VI HA CONDOTTO A VISITARCI?**

Problema principale: \_\_\_\_\_  
**Quando** e' cominciato? \_\_\_\_\_  
**Come** e' cominciato? \_\_\_\_\_  
 Quando, durante la giornata, o la notte, il problema e' presente \_\_\_\_\_  
 Con quale **frequenza**? \_\_\_\_\_  
 Quanto tempo dura quando e' presente? \_\_\_\_\_  
 Avete difficolta' a dormire a causa del vostro problema? SI NO Spiegare: \_\_\_\_\_

Quale e' l'intensita' del vostro dolore su una scala da 0 a 10, dove 0 significa assenza di dolore e 10 indica il dolore fisico piu' forte che si possa provare: (perfavore indicatelo con un segno nel seguente grafico)

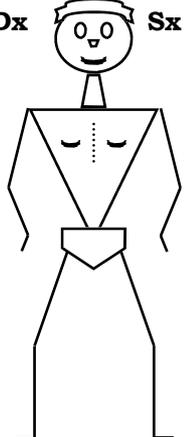


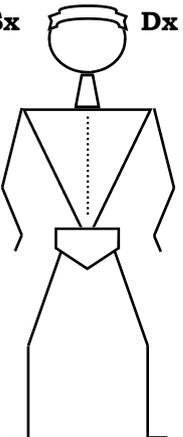
Cosa lo **provoca e/o peggiora**? \_\_\_\_\_  
 Cosa lo **allevia e/o migliora**? \_\_\_\_\_  
 Il dolore e' in un punto fisso o si sposta e/o irradia? \_\_\_\_\_  
 C'e' qualcosa d'altro associato al dolore? \_\_\_\_\_  
 Avete visitato altri professionisti per questo problema? Se si quale/I e con che risultato: \_\_\_\_\_

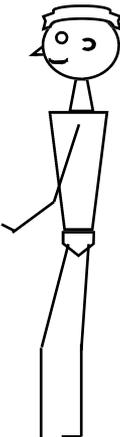
**PER CORTESIA, SEGNATE LA ZONA, O ZONE DOLENTI NELLA FIGURA SEGUENTE:**

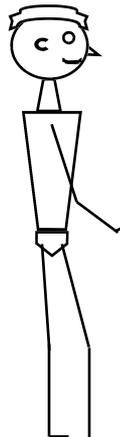
Marcate il dolore sulla figura con le lettere consigliate in basso a sinistra:

costante C  
 intermittente I  
 radiante R  
 superficiale S  
 profondo P  
 tagliente T  
 sentite pressione P  
 freddo F  
 caldo/bruciore C  
 formicolio FO  
 la parte si addormenta A

**Dx**  **Sx**

**Sx**  **Dx**





**APPUNTI** (spazio riservato al Dottore Chiropratico): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

QUALE E', O QUALI SONO I PROBLEMI **SECONDARI** CHE VI HANNO CONDOTTO A VISITARCI? (compilare solo se necessario)

Problema secondario: \_\_\_\_\_  
 Quando e' cominciato? \_\_\_\_\_  
 Come e' cominciato? \_\_\_\_\_  
 Quando, durante la giornata, o la notte, il problema e' presente \_\_\_\_\_  
 Con quale frequenza? \_\_\_\_\_  
 Quanto tempo dura quando e' presente? \_\_\_\_\_  
 Avete difficolta' a dormire a causa del vostro problema? SI NO Spiegare: \_\_\_\_\_

Quale e' l'intensita' del vostro dolore su una scala da 0 a 10, dove 0 significa assenza di dolore e 10 indica il dolore fisico piu' forte che si possa provare: (perfavore indicatelo con un segno nel seguente grafico)

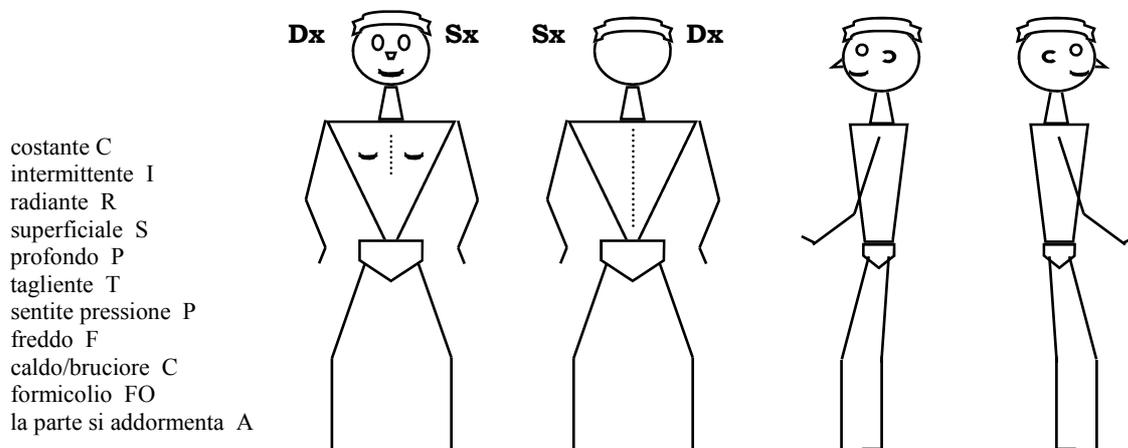
0—————5—————10

Cosa lo provoca e/o peggiora? \_\_\_\_\_  
 Cosa lo allevia e/o migliora? \_\_\_\_\_  
 Il dolore e' in un punto fisso o si sposta e/o irradia? \_\_\_\_\_

C'e' qualche cosa d'altro associato al dolore? \_\_\_\_\_  
 Avete visitato altri professionisti per questo problema? Se si quali e con che risultato: \_\_\_\_\_

PER CORTESIA, SEGNATE LA ZONA, O ZONE DOLENTI NELLA FIGURA SEGUENTE:

Marcate il dolore sulla figura con le lettere consigliate in basso a sinistra:



*Se avete ulteriori problemi e necessitate di maggiore spazio, chiedete consiglio al nostro personale qualificato. Vi suggeriamo di compilare attentamente il questionario che segue e di conservare eventuali domande fino al completamento dello stesso.*

*Grazie.*

APPUNTI (spazio riservato al Dottore Chiropratico): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## **Questionario riguardante le attività giornaliere:**

### **In funzione dell' inabilità nel loro svolgimento a causa del dolore fisico**

*Il seguente questionario è stato sviluppato in maniera da poter capire se e quanto il dolore fisico vi impedisce di svolgere le vostre normali attività giornaliere.*

*Abbiamo diviso la giornata in sei categorie. Il punteggio funziona in questo modo:*

**0**: significa che il dolore non vi disturba assolutamente e potete svolgere le attività indicate al meglio possibile.

**10**: indica che il dolore vi impedisce completamente di svolgere qualsiasi delle attività nella categoria a cui si riferisce.

*CERCHIATE, PER CORTESIA, IL NUMERO CHE MEGLIO INDICA LE VOSTRE CAPACITÀ. Al termine del questionario, segnate il punteggio finale nell' apposito spazio.*

**1. Attività casalinghe/famigliari:** cucinare, pulire, giardinaggio, giocare con I bambini, etc..

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10  
Attività normale Totalmente incapacitato

**2. Attività ricreative:** passatempi, sport, etc..

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10  
Attività normale Totalmente incapacitato

**3. Attività sociali:** rapporti con I famigliari, ritrovo con amici, feste, concerti, cinema, teatro, etc..

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10  
Attività normale Totalmente incapacitato

**4. Attività lavorative**

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10  
Attività normale Totalmente incapacitato

**5. Attività di cura ed indipendenza personale:** farsi la doccia, guidare l'auto, vestirsi, etc..

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10  
Attività normale Totalmente incapacitato

**6. Attività vitali:** respirare, dormire, mangiare, etc..

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10  
Attività normale Totalmente incapacitato

\_\_\_\_\_ **Punteggio finale**

\_\_\_\_\_ **Firma**

\_\_\_\_\_ **Data**

**APPUNTI** (spazio riservato al Dottore Chiropratico): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Questionario generale sulla salute

*Contrassegnare ciò che applica indicando (Pass) se il problema era presente in passato; (A) se è presente in questo momento; (Fam), se un componente familiare soffre del problema indicato. Se I sintomi/patologie erano presenti prima e si manifestano anche nel presente indicare sia (Pass) che (A). Per le domande con una sola opzione è sufficiente contrassegnare la casella corrispondente.*

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **PERSONALITA' E CARATTERE:**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ Diminuita abilità di scherzare  
 \_\_\_ E' piu' difficile stare in compagnia  
 \_\_\_ Improvvisi cambi di umore  
 \_\_\_ Depressione  
 \_\_\_ Poca motivazione  
 \_\_\_ Ansia  
 \_\_\_ Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **DIFFICOLTA' A FARE I CONTI**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **CALO DELL'OLFATTO**

Pass/quando Adesso Fam. \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx \_\_\_ entrambi

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **FREQUENZA URINARIA**

Pass/quando Adesso Fam.

Quante volte fate pipi' di giorno \_\_\_ e di notte \_\_\_  
 \_\_\_ Urinare vi provoca dolore  
 \_\_\_ Avete problemi a fermare il flusso  
 \_\_\_ Avete problemi a trattenere il flusso  
 Di che colore sono le urine? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **I MUSCOLI:**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ Diventano piu' piccoli  
 \_\_\_ "Saltano"  
 \_\_\_ Sono piu' deboli. Se SI, dove \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Avete "TIC nervosi". Se SI dove \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **EPILESSIA**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **E' PIU' DIFFICILE PARLARE QUANDO SIETE STANCHI**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **DIFFICOLTA' DI COMPrensIONE**

Pass/quando Adesso Fam.

(a volte dovete chiedere alle persone di ripetere la frase)

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **SENSAZIONI CORPOREE STRANE: .....**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ Caldo \_\_\_ Pressione  
 \_\_\_ Freddo \_\_\_ Formicolio  
 \_\_\_ Altro: \_\_\_\_\_  
 Dove: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **DOLORE:**

Pass/quando Adesso Fam. \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx \_\_\_ in centro

\_\_\_ Al collo \_\_\_ All'addome  
 \_\_\_ Al dorso \_\_\_ Alle costole  
 \_\_\_ Alla schiena \_\_\_ Ai fianchi  
 \_\_\_ In altri posti. Dove: \_\_\_\_\_  
 Fa male quando:  
 \_\_\_ tossite  
 \_\_\_ vi muovete. Se Si come: \_\_\_\_\_  
 Altro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **VEDETE:**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ Bagliori di luce \_\_\_ Meno I colori  
 \_\_\_ Ombre colorate \_\_\_ Meno I contorni  
 \_\_\_ Puntini scuri \_\_\_ Con meno chiarezza  
 \_\_\_ Meno in Bianco e nero \_\_\_ Vedete doppio  
 Dove: \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx \_\_\_ entrambi  
 \_\_\_ inSu \_\_\_ inGiu' \_\_\_ in alto \_\_\_ in basso  
 Quando? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **UDITE RUMORI STRANI:**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ Un fischio \_\_\_ Delle voci  
 \_\_\_ Degli ingranaggi \_\_\_ Della musica  
 Li sentite: \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx \_\_\_ entrambi

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **SENTITE MENO GLI ODORI**

Pass/quando Adesso Fam. \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx \_\_\_ entrambi

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **AVVERTITE UN CATTIVO ODORE IN: \_\_\_ bocca \_\_\_ naso**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **DIMINUZIONE DELLA MEMORIA:**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ Per eventi passati  
 \_\_\_ Per cose piu' recenti (ad es: la lista della spesa)

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **VI CAPITA SPESSO di avere "pagliuzze" negli occhi**

Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_\_\_  Adesso  Fam. **Sentite la "FACCIA PESANTE"**

Pass/quando Adesso Fam. \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx \_\_\_ spesso \_\_\_ a volte

Pass/quando  Adesso  Fam. SENTITE MENO I SAPORI  
 \_\_\_ dolci \_\_\_ salati \_\_\_ amari

Pass/quando  Adesso  Fam. SEDETE SPESSO nello stesso lato della stanza: \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx

Pass/quando  Adesso  Fam. GIRAMENTI DI TESTA:  
 \_\_\_ spesso \_\_\_ a volte \_\_\_ raramente

Quando gira la testa: \_\_\_ è solo un mancamento  
 \_\_\_ girate voi ( \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx )  
 \_\_\_ gira la stanza ( \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx )

Cosa lo provoca? \_\_\_\_\_

Pass/quando  Adesso  Fam. IN UNA STANZA camminate:  
 \_\_\_ vicino alla parete \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx

Pass/quando  Adesso  Fam. SENTIRSI SVAMPITI  
 ( come prima di perdere coscienza)

Pass/quando  Adesso  Fam. NAUSEA o VOMITO (vomitate:  
 \_\_\_ rosso \_\_\_ marrone \_\_\_ verde)

Pass/quando  Adesso  Fam. RUSSATE o avete la VOCE  
 ROCA (cerchiate uno perfavore)

Pass/quando  Adesso  Fam. CALO DELL'APPETITO

Pass/quando  Adesso  Fam. DIFFICOLTA A DEGLUTIRE  
 \_\_\_ solidi \_\_\_ liquidi \_\_\_ entrambi

Pass/quando  Adesso  Fam. STOMACO – INTESTINO:

Gonfiore di: \_\_\_ pancia \_\_\_ di stomaco  
 Male di: \_\_\_ pancia \_\_\_ di stomaco  
 \_\_\_ Acidita' e/o Gastrite  
 \_\_\_ Eruttate  
 \_\_\_ Ulcera  
 Gas: \_\_\_ molto odoroso \_\_\_ odore normale  
 \_\_\_ Intolleranze alimentari (a cosa? \_\_\_\_\_)

Pass/quando  Adesso  Fam. Le FECI:

\_\_\_ Andate di corpo regolari \_\_\_ volte al giorno  
 \_\_\_ Saltate dei giorni  
 \_\_\_ Non andate di corpo  
 Le feci sono di colore:  
 \_\_\_ chiaro \_\_\_ scuro \_\_\_ verdastro  
 Le vostre feci, di solito:  
 \_\_\_ galleggiano \_\_\_ vanno a fondo

Pass/quando  Adesso  Fam. PROBLEMI DI ORGANI:

\_\_\_ Fegato \_\_\_ Milza  
 \_\_\_ Reni \_\_\_ Tiroide  
 \_\_\_ Cistifellea \_\_\_ Pancreas

Pass/quando  Adesso  Fam. Siete: \_\_\_ DIABETICI  
 \_\_\_ IPOGLICEMICI

Pass/quando  Adesso  Fam. SENTITE LA LINGUA  
 "PESANTE": \_\_\_ aDX \_\_\_ aSx

Pass/quando  Adesso  Fam. VI MORDETE LA LINGUA  
 \_\_\_ solo a volte \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx

Pass/quando  Adesso  Fam. PROBLEMI DEL SONNO  
 Dormite \_\_\_ ore per notte

Il sonno e': \_\_\_ normale \_\_\_ agitato \_\_\_ vi svegliate

Pass/quando  Adesso  Fam. MAL DI TESTA:

\_\_\_ aDx \_\_\_ Al naso  
 \_\_\_ aSx \_\_\_ Sul viso  
 \_\_\_ Entrambi \_\_\_ Alla mandibola  
 \_\_\_ Centrale \_\_\_ Alla Tempia  
 \_\_\_ In fronte \_\_\_ Al collo  
 \_\_\_ Di dietro \_\_\_ Alla nuca  
 \_\_\_ Al lato \_\_\_ Si irradia  
 \_\_\_ Agli occhi \_\_\_ Pulsa

Durata \_\_\_\_\_ Frequenza \_\_\_\_\_  
 E' anticipato da qual cosa? \_\_\_\_\_  
 Cosa lo provoca? \_\_\_\_\_  
 Cosa lo migliora? \_\_\_\_\_

Pass/quando  Adesso  Fam. PROBLEMI DI CUORE:  
 Cosa? \_\_\_\_\_

Cosa lo provoca? \_\_\_\_\_  
 Cosa lo migliora? \_\_\_\_\_  
 Frequenza: \_\_\_\_\_

\_\_\_ piu' lento \_\_\_ piu' "veloce"  
 \_\_\_ piu' "pesante" \_\_\_ "perde un colpo"  
 \_\_\_ dolori al petto \_\_\_ infarto/i

Pass/quando  Adesso  Fam. PRESSIONE:  
 \_\_\_ alta \_\_\_ bassa

Pass/quando  Adesso  Fam. PROBLEMI AI POLMONI:

\_\_\_ tosse \_\_\_ "fischi" nel respirare  
 \_\_\_ asma \_\_\_ fiato "corto"  
 \_\_\_ bronchite \_\_\_ fiato "pesante"  
 \_\_\_ polmonite \_\_\_ torace "compresso"

Altro: \_\_\_\_\_

Pass/quando  Adesso  Fam. MANI / PIEDI / CAVIGLIE...  
 ...SONO:

\_\_\_ sudate/I \_\_\_ fredde/I \_\_\_ gonfie/i  
 \_\_\_ secche/I \_\_\_ calde/i \_\_\_ bianche/I  
 \_\_\_ viola  
 \_\_\_ aDx \_\_\_ aSx \_\_\_ entrambi

INTOLLERANZA:  
Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ al caldo  
\_\_\_ al freddo  
\_\_\_ ai cambi di temperatura

CAMBIO NELLA  
Pass/quando Adesso Fam. DISTRIBUZIONE DEI PELI:  
\_\_\_ zone dove c'erano peli ed ora sono spariti

ZONE DI PRURITO  
Pass/quando Adesso Fam. FREQUENTE:  
Se SI, dove? \_\_\_\_\_

LE UNGHIE:  
Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ Si spezzano spesso      \_\_\_ si rompono in lunghezza  
\_\_\_ hanno puntini bianchi    \_\_\_ si rompono in larghezza  
\_\_\_ hanno puntini blu        \_\_\_ sono bluastre

VENE VARICOSE  
Pass/quando Adesso Fam.

Se SI, dove? \_\_\_\_\_  
Da quando? \_\_\_\_\_

ALLERGIE:  
Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ stagionali: a cosa \_\_\_\_\_  
\_\_\_ a qualche alimento: quale \_\_\_\_\_  
\_\_\_ altro: \_\_\_\_\_

AIDS:  
Pass/quando Adesso Fam.

(in caso di risposta affermativa, non e' obbligatorio  
scriverla, ma e' opportuno comunicarla al dottore)

TREMORI:  
Pass/quando Adesso Fam.

Dove?  
\_\_\_ alle mani                    \_\_\_ aDx  
\_\_\_ ai piedi                      \_\_\_ aSx  
\_\_\_ entrambi                     \_\_\_ entrambi

In quale occasione/I?  
\_\_\_ Quando cominciate a muoverle/i  
\_\_\_ Proprio prima di raggiungere l'oggetto che volete prendere  
\_\_\_ Mentre vi riposate/guardate la TV

PROBLEMI AD AFFERRARE  
Pass/quando Adesso Fam. OGGETTI "AL VOLO"

CAMBIO DI CALLIGRAFIA ..  
Pass/quando Adesso Fam. ...e' meno "rotonda"

CAMBIO NEL PORTAMENTO  
Pass/quando Adesso Fam. DEL CORPO:

\_\_\_ sentite le spalle "in giu'"  
\_\_\_ state in piedi con le gambe piu allargate  
\_\_\_ vi sentite instabili  
\_\_\_ perdetevi l'equilibrio  
\_\_\_ siete piu' "legati nei movimenti"  
\_\_\_ perdetevi coordinazione nei movimenti  
\_\_\_ la schiena e' debole quando vi piegate in avanti o ruotate  
\_\_\_ il collo e' debole quando \_\_\_\_\_  
\_\_\_ rumori strani nel muovere il collo  
\_\_\_ rumori strani nel muovere la schiena  
\_\_\_ spasmi ai muscoli  
\_\_\_ dolori alla mandibola  
\_\_\_ rumori/click alla mandibola  
\_\_\_ a Dx \_\_\_ aSx \_\_\_ nell'aprire \_\_\_ nel chiudere  
\_\_\_ fratture  
\_\_\_ dislocazioni  
\_\_\_ traumi/incidenti. Se SI, come e quando: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ARTRITE:  
Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ reumatica                    \_\_\_ psoriatca  
\_\_\_ degenerativa                \_\_\_ altro: \_\_\_\_\_

SIETE MAI STATI IN  
Pass/quando Adesso Fam. OSPEDALE

Se SI, per quale motivo? \_\_\_\_\_  
per quanto tempo? \_\_\_\_\_

PROBLEMI MESTRUALI:  
Pass/quando Adesso Fam. Data ultimo mestruo \_\_\_\_\_

\_\_\_ dolori...se SI, dove? \_\_\_\_\_  
\_\_\_ irregolarita'  
\_\_\_ flusso mestruale: \_\_\_ leggero \_\_\_ normale \_\_\_ abbondante  
\_\_\_ Data ultimo mestruo: \_\_\_\_\_

Numero di GRAVIDANZE: \_\_\_\_\_  
Numero di FIGLI: \_\_\_\_\_  
Isterectomie e/o altro: \_\_\_\_\_

PROSTATA:  
Pass/quando Adesso Fam.

\_\_\_ dolori nel urinare      \_\_\_ bruciore      \_\_\_ altro: \_\_\_\_\_

FEBBRE REUMATICA  
Pass/quando Adesso Fam. FEBBRE FREQUENTE

ANEMIA  
Pass/quando Adesso Fam.

CANCRO  
Pass/quando Adesso Fam. Se SI, dove? \_\_\_\_\_

## Abitudini giornaliere

### LISTA DEI FARMACI CHE PRENDETE ABITUALMENTE:

Farmaco: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Farmaco: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

### LISTA DELLE VITAMINE, ERBE, SUPPLEMENTI, PRODOTTI OMEOPATICI:

Prodotto: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Prodotto: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Prodotto: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Prodotto: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Prodotto: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

Prodotto: \_\_\_\_\_ (mg. \_\_\_ ) .....volte/giorno; ....anni/mesi. Motivo \_\_\_\_\_

### ABITUDINI ALIMENTARI:

A tavola bevete abitualmente: (specificate quanti alcolici e/o bibite bevete in una settimana)

\_\_\_ acqua naturale

\_\_\_ birra

\_\_\_ liquori, digestivi

\_\_\_ acqua gassata

\_\_\_ vino

\_\_\_ altro: \_\_\_\_\_

\_\_\_ coca/cola e/o bibite

\_\_\_ caffè

A tavola mangiate abitualmente: (specificate quante volte alla settimana consumate I seguenti cibi)

\_\_\_ cibi in scatola

\_\_\_ pasta

\_\_\_ cibi di cultura biologica

\_\_\_ cibi confezionati

\_\_\_ riso

\_\_\_ pane

\_\_\_ insalata

\_\_\_ carne

\_\_\_ pizza

\_\_\_ verdura

\_\_\_ pesce

\_\_\_ dolci

\_\_\_ affettati

\_\_\_ fritti

\_\_\_ frutta

\_\_\_ formaggi

\_\_\_ siete vegetariani

\_\_\_ gelato

### COSA MANGIATE/BEVETE PER COLAZIONE:

FUMATE: (specificate se fumavate in passato e quando avete smesso)

\_\_\_ Sigarette: n. ....sigarette, oppure n.....pacchetti/i al giorno; (da quando \_\_\_\_\_)

\_\_\_ Sigari: .....al giorno; (da quando \_\_\_\_\_)



R Sitting front L

- CN1** OLPHACTION
- CN2** V/A
- DIRECT PUP. REF.
- CONSENSUAL PUP. REF.
- CONFRONTATION
- OPTOKINETIC
- ACCOMODATION
- CN3-4-6** GAZE
- NYSTAGMUS
- CONVERGECE
- COVERED/UNCOVERED
- CN5** SENSATION
- CORNEAL REF.
- OPEN MOUTH RES.
- BITE STRENGHT
- OCULOCARDIC REF.
- CN7** FACIAL EXPR.
- TASTE (SUGAR-SALT)
- CN8** OTOSCOPIC
- FINGHER RUB
- RHINNE-WEBER
- CN9-10** PALATAL REF. (UVULA)
- GAG REF.-SWALLOWING
- CAROTID REF.
- CN11** TRAPEZIUS M.M. - SCM
- CN12** TONGUE DEV.
- TONGUE IN CHEEK
- DEJARINE TRIAD \_\_\_\_\_
- VALSALVA \_\_\_\_\_

R SENSATION L

- PIN WHEEL U.E.
- PIN WHEEL L.E.
- VIBRATION L.E
- VIBRATION U.E.

R Sitting front L

**MUSCLES (wnl: 5/5)**

- DELTOID
- INFRASPINATUS
- TERES MINOR
- SUBSCAPULARIS
- ELBOW** FLEX.
- WRIST FLEX.
- FINGHER FLEX.
- ELBOW** EXT.
- WRIST EXT.
- FINGHER EXT.
- INTEROSSEI

**REFLEXES (wnl: 2)**

- BICEPS
- BRACHIORADIALIS
- TRICEPS
- ABS
- PATELLAR
- ACHILLE'S
- FRA

Extra spinal sublux.  
R Adjusting L

CRAN.
TMJ
CO
PSOAS
VISC.
FOOT
ANKLE
FIB.
TIB.
KNEE
COXA
SYNPH

**DYNAMOMETER**

1  
2  
3  
AVG.

**MEASUREMENTS (CM)**

U.E. SUP.  
U.E. INF  
L.E. SUP.  
L.E. INF.

L Sitting back R

**CERVICAL ROM / COMPR / DISTR...**

- FLEX\_\_\_\_\_/55 pain\_\_\_\_
- EXT\_\_\_\_\_/45 pain\_\_\_\_
- ROT\_\_\_/80 (pain)
- LAT FLEX\_\_\_/40 (pain)
- SHRUGH (pain)
- SHOULDER DEPR (pain)
- DISTRACTION (pain)
- NEUTRAL COMP (pain)
- FLEX COMP (pain)
- EXT COMP (pain)
- LAT FLEX COMP (pain)
- MAX COMP (pain)
- ROOT TENSION

**ASCULTATION**

- LUNGS
- CAROTIDS
- SUBCLAVIANS
- TEMPORALS
- HEART

**LUMBAR ROM**

- FLEX\_\_\_\_/(90) pain\_\_\_\_
- EXT\_\_\_\_/(30) pain\_\_\_\_
- LAT FLEX \_\_\_/(30) (pain)
- ROT \_\_\_/(30) (pain)

R Supine L

- VISCERAL ASCULT.
- VISCERAL PALP.
- SLR (R/L) (deg.)
- BRAGGARD (R/L)
- ROOT TENSION
- WELL LEG RAISE (R/L)
- PATRIC FABERE
- HAMSTRING'S REF.
- SOTO HALL (Bruzinsky)
- SHORT LEG

L Prone R

- NACHLAS
- ELY'S
- YEOMAN'S
- HIBB'S
- SHORT LEG
- SPINOUS TAP

Notes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_









# CHIROPRACTICA ABC

BRESCIA, VIA TORRICELLA DI SOPRA 33 A/B,  
25127 (BS), ITALIA  
TEL./FAX. 030.2410093 - 329-5386824

[WWW.CHIROPRACTICA-ABC.IT](http://WWW.CHIROPRACTICA-ABC.IT)