

**QUESTIONARIO RISERVATO ALLA PRESCRIZIONE DI PROTESI A CONTROLLO ELETTRONICO PER
PAZIENTI AMPUTATI**

ANAMNESI

- Eziopatogenesi (specificare data e causa dell'amputazione): _____

- Livello e Lato dell'amputazione: _____

- Anamnesi clinico-funzionale pre-morbosa: _____

- BARTHEL INDEX pre-morbosa: _____
- ADL/IADL: _____
- Comorbidità (CIRS - Cumulative Illness Rating Scale):

- Condizione cognitivo-comportamentale (es. memoria, attenzione, ecc): _____

- MINI MENTAL STATE EXAMINATION: _____

ALTRE CARATTERISTICHE CLINICO-FUNZIONALI:

- Condizioni del moncone (lunghezza, forma, trofismo, cicatrice, sensibilità, dolore da arto fantasma/dolore nocicettivo, ecc.):

- Forza e mobilità articolare residua (scala MRC del distretto interessato e dell'arto controlaterale): _____

- Equilibrio e coordinazione (es. test di Berg, Tinetti, Timed Up and Go): _____

- Stato cardiovascolare e respiratorio: _____

- Aspetti psicologici e motivazionali: _____

- Altri ausili utilizzati in ambiente intra ed extra – domiciliare: _____

SI PREGA DI INDICARE IL K CODE LEVEL:

Livello	Descrizione	Selezionare
K0	Il paziente non ha la capacità o il potenziale per camminare o trasferirsi in sicurezza con o senza assistenza. Una protesi non migliorerà la qualità di vita o la mobilità.	<input type="checkbox"/>
K1	Il paziente ha il potenziale per utilizzare una protesi per trasferimenti o camminate su superfici piane e regolari. Tipico per uso domestico limitato.	<input type="checkbox"/>
K2	Il paziente ha il potenziale per camminare su superfici irregolari, gestire piccoli ostacoli e rampe. Tipico per utenti comunitari limitati.	<input type="checkbox"/>
K3	Il paziente ha il potenziale per camminare con variabilità di andatura, per uso comunitario illimitato, con capacità di superare ostacoli ambientali.	<input type="checkbox"/>
K4	Il paziente ha capacità che superano le richieste base di deambulazione, tipico di bambini attivi, atleti o lavoratori fisicamente impegnativi.	<input type="checkbox"/>

ATTIVITA' LAVORATIVA:

- Professione attuale:
- Tipologia di attività:
 - Sedentaria (< 2 MET) es. ufficio, dattilografo, centralinista, attività al computer:
 - Leggera (2 – 3.9 MET) es. cassiera, insegnante, infermiere, parrucchiere, odontoiatra:
 - Moderata (4 – 6.9 MET) es. muratore, falegname, meccanico, addetto alle pulizie, agricoltore
 - Pesante (≥ 7 MET) es. Manovale, boscaiolo, minatore, scaricatore, atleta professionale
- Ambiente di lavoro: Interno Esterno Misto
- Necessità di stazionamento prolungato in piedi (assumere la postura eretta per più di una/due ore consecutive o per più del 50% del turno lavorativo): Sì No
- Spostamenti frequenti su terreni irregolari / scale / pendenze: Sì No
- Uso di dispositivi di protezione o ausili specifici:
- Durata e modalità di spostamento casa-lavoro:

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ SOCIALE E RICREATIVA

- Attività quotidiane:
- Attività sportive o ricreative praticate:
- Livello di autonomia sociale percepito dal paziente: Basso Medio Alto
- Obiettivi del paziente in merito alle aspettative sociali: _____

Data

Timbro e Firma del medico prescrittore

(Si precisa che, ogni campo dovrà essere accuratamente compilato secondo quanto richiesto, al fine di permettere la disamina della richiesta in tempi congrui)