



MD, MSc, PhD

ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ ΝΙΚ. ΞΥΠΗΗΤΟΣ

Ορθοπαιδικός Χειρουργός

ΕΝΤΥΠΟ ΑΡΧΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Όνοματεπώνυμο:

Πόσο καιρό έχετε τα συμπτώματα;

Ηλικία:

_____ Ημέρες _____ Μήνες _____ Χρόνια

Ημ. Γέννησης:

Πως τραυματιστήκατε;

Ημερομηνία Εξέτασης:

• Κανένας τραυματισμός - Απλά ξεκίνησε να πονάει

Επάγγελμα:

• Ατύχημα κατά την άθληση (άθλημα)

Από ποιόν παραπεμφθήκατε σε εμάς;

• Τροχαίο ατύχημα

Παρακαλώ συμπληρώστε όνομα και διεύθυνση:

• Εργασιακό ατύχημα

.....

• Υπάρχουν θέματα αποζημιώσεων; Ναι / Όχι

.....

Παρακαλώ δώστε μια σύντομη περιγραφή του τραυματισμού:

.....

Σε ποίο σημείο εντοπίζεται το πρόβλημα;

Ημερομηνία τραυματισμού:

(παρακαλώ κυκλώστε)

Όμος Αγκώνας Ισχίο Γόνατο

Ενασχόληση με αθλήματα:

Αυχένας Οσφύ Άλλο

Καμμία / για αναψυχή / στο σχολείο / επαγγελματική

Σε ποια πλευρά; Αριστερά / Δεξιά / Άμφω

Διάγνωση (εάν γνωρίζετε ή εάν έχετε διαγνωσθεί στο παρελθόν)

Είστε: Αριστερόχειρας / Δεξιόχειρας

Προηγούμενη θεραπευτική αντιμετώπιση

Για ποιο πρόβλημα προσήλθατε στο ιατρείο;

(εξαιρουμένης της χειρουργικής αντιμετώπισης):

(παρακαλώ επιλέξτε από τα παρακάτω)

(φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, ενέσεις, νάρθηκας)

• Πόνος

• Αδυναμία

• Αστάθεια / εξάρθρωμα

• Δυσκαμψία

• Οίδημα

• Άλλο

Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις για το συγκεκριμένο πρόβλημα: (συμπληρώστε και ημερομηνίες)

.....

.....



MD, MSc, PhD

ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ ΝΙΚ. ΞΥΠΗΗΤΟΣ

Ορθοπαιδικός Χειρουργός

Πόσο είναι ο πόνος; (0=καθόλου, 10=ανυπόφορος)

Κατά την ανάπαυση; 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Κατά την επιδείνωση; 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Πονάτε κατά τη διάρκεια της νύχτας; Ναι / Όχι

Σας ξυπνάει ο πόνος; Ναι / Όχι

Εργάζεστε επί του παρόντος;

Ναι / Όχι / Συνταξιούχος

• Κανονική εργασία • Ημιαπασχόληση

Τι σας ανακουφίζει από τον πόνο;

.....

Τι επιδεινώνει τον πόνο;

.....

Παρακαλώ περιγράψτε τους περιορισμούς που

έχετε τώρα:

Έχετε υποβληθεί σε απεικονιστικές εξετάσεις;

Ακτινογραφίες Όχι / Ναι

ημερομηνία:

Μαγνητική τομογραφία Όχι / Ναι

ημερομηνία:

Αξονική τομογραφία Όχι / Ναι

ημερομηνία:

Θα σας ενδιέφερε η χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματος σας; Ναι / Όχι / Αβέβαιος

Αλλεργίες που έχετε σε φάρμακα;

.....

.....

Έχετε κληρονομικές ασθένειες στο οικογενειακό ιστορικό σας;

.....

Ιατρικό ιστορικό: (παρακαλώ κυκλώστε)

• Έχετε ή είχατε ποτέ καρδιαγγειακές νόσους;

Όχι / Ναι

• Έχετε ή είχατε ποτέ έλκος/γαστρίτιδα;

Όχι / Ναι

• Έχετε ή είχατε ποτέ σακχαρώδη διαβήτη;

Όχι / Ναι

• Έχετε ή είχατε ποτέ πρόβλημα στο ήπαρ, ηπατίτιδα; Όχι / Ναι

• Έχετε ή είχατε ποτέ ασθένειες των νεφρών;

Όχι / Ναι

• Έχετε ή είχατε ποτέ επεισόδια θρομβώσεων;

Όχι / Ναι

• Έχετε ή είχατε ποτέ καρκίνο;

Όχι / Ναι

• Καπνίζετε;

Όχι / Ναι

• Άλλο;

.....

.....