



## **Dr. Alessandro Fedi**

Specialista in Ortodonzia e Gnatologia, Specialista in Odontostomatologia, Perfezionato in Terapia craniocervicomandibolare, in Ortodonzia intercettiva e in Odontologia Forense, Master II Liv. Giornalismo Biomedico.

Socio A.S.I.O.- Associazione Specialisti Italiani in Ortognatodonzia

Socio W.F.O.- World Federation of Orthodontists

## **PROTOCOLLO PER DISORDINI GNATOLOGICI E POSTURALI**

Siamo lieti di averla nel nostro Studio per questa visita.

Riteniamo che sia importante conoscere i Suoi problemi nella maniera più completa. La invitiamo a compilare le prime tre pagine di questo blocco nel miglior modo possibile, tenendo ben presente che non è un mero esercizio stilistico, bensì un indispensabile punto di partenza per le successive indagini.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Inviato/a da: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_

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

Telefono: (abitazione) \_\_\_\_\_ (lavoro) \_\_\_\_\_

Occupazione: \_\_\_\_\_

---

## **AUTOVALUTAZIONE DEL PAZIENTE**

Descriva brevemente i Suoi attuali problemi con parole proprie:

(per esempio: dolore, debolezza, torpore, ecc.)

---

---

---

Quando è/sono iniziato/i il/i problema/i ed in quale circostanza?

---

---

---

Se il suo problema non è costante, quando peggiora?

---

---

---

Quali sono i trattamenti già ricevuti?

---

---

---

Con quali risultati?

---

---

---

**DOLORE**

costante

intermittente (va e viene)

Aggravato

da:

---

Alleviato

da:

---

**Localizzazione:**

per favore, usando il disegno e i codici, mostri dove è localizzato il dolore:

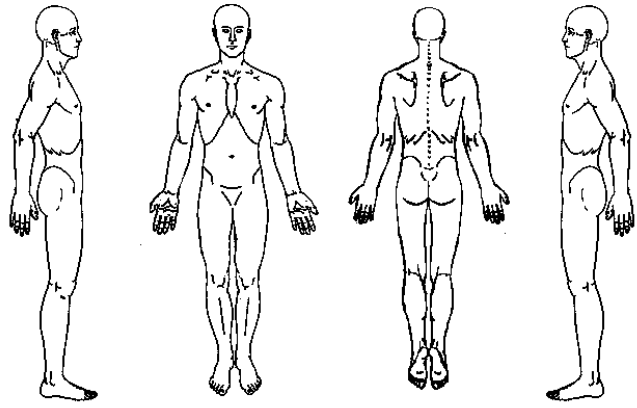
Tipo:

Forte ( F )

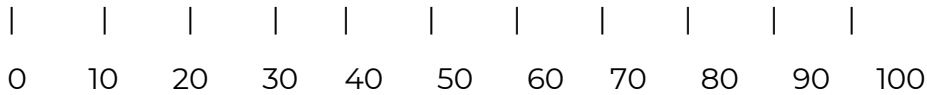
Lancinante, a fitte ( L )

Senso di costrizione noiosa ( C )

Dolore moderato ( M )



**Intensità:** per favore, codifichi il grado del dolore secondo la seguente scala (0 = nessun dolore 100 = il peggior dolore immaginabile)



**Funzione:** per favore, descriva se è inabilitato/a, a causa del suo attuale problema, ad eseguire delle attività:

---



---

Descriva liberamente qualsiasi altra informazione relativa al suo problema:

---



---



---

Ha qualche problema di medicina generale?

---



---

E' sotto cure mediche per qualche altro problema al di fuori di quello per cui è qui?

---

