

APPLICAZIONI CLINICHE

COGNOME E NOME (o sigla) del paziente/utente

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE

RECAPITI DEL PAZIENTE

Indirizzo _____

tel/cell./mail _____

DATI DEL MEDICO CURANTE - O DELLA STRUTTURA OSPITANTE DEL PAZIENTE

Nome _____

Recapiti _____

RECAPITI

Indirizzo _____

tel/cell./mail _____

DATI DELLA STRUTTURA CHE OSPITA IL TIROCINIO CLINICO

Nome _____

Recapiti _____

Le parti dichiarano di essere a conoscenza del D. L. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 e loro s.m.i., ed autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati.

LUOGO E DATA _____

BARRARE LA CASELLA DEL GIORNO DI LAVORO

1° GIORNO

2° GIORNO

SCHEDA 1 VALUTAZIONE

BARRARE LA CASELLA DEL GIORNO DI LAVORO

3° GIORNO

4° GIORNO

A) VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO CORPOREO ATTRAVERSO IL RITMO CRANIO-SACRALE (R.C.S.) (SQUAF) **SIMMETRIA - QUALITÀ - AMPIEZZA - FREQUENZA** SU QUATTRO PARTI CORPOREE DEL PAZIENTE

TESTA

Simmetria della testa			
emisfero sn		emisfero dx	
sim.	assim.	sim.	assim.

Qualità	
debole	forte
←—————→	
▲ ▲ ▲ ▲ ▲	

Ampiezza della testa			
emisfero sn		emisfero dx	
ampio	non ampio	ampio	non ampio

Frequenza (RCS)
numero cicli al minuto

SPALLE

Simmetria delle spalle			
lato sn		lato dx	
sim.	assim.	sim.	assim.

Qualità	
debole	forte
←—————→	
▲ ▲ ▲ ▲ ▲	

Ampiezza delle spalle			
lato sn		lato dx	
ampio	non ampio	ampio	non ampio

Frequenza (RCS)
numero cicli al minuto

BACINO

Simmetria del bacino			
lato sn		lato dx	
sim.	assim.	sim.	assim.

Qualità	
debole	forte
←—————→	
▲ ▲ ▲ ▲ ▲	

Ampiezza del bacino			
lato sn		lato dx	
ampio	non ampio	ampio	non ampio

Frequenza (RCS)
numero cicli al minuto

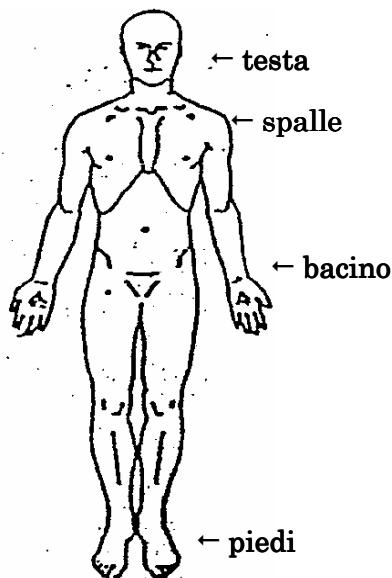
PIEDI

Simmetria dei piedi			
arto sn		arto dx	
sim.	assim.	sim.	assim.

Qualità	
debole	forte
←—————→	
▲ ▲ ▲ ▲ ▲	

Ampiezza dei piedi			
arto sn		arto dx	
ampio	non ampio	ampio	non ampio

Frequenza (RCS)
numero cicli al minuto



COMMENTI _____

NOTA BENE: Frequenza e Qualità sono ugualmente misurabili su una qualsiasi delle parti corporee del paziente e non sono fattori variabili.