

## Questionario sugli esiti della Poliomielite

### INFORMAZIONI GENERALI

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono (00\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Svolge un lavoro: **SI** **NO** (prego cerciarne uno)

Se “SI” quale \_\_\_\_\_

### INFORMAZIONI CONCERNENTI LA POLIO

#### 1) INFEZIONE ACUTA

Età in cui è stato colpito \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Dove inizialmente è stato colpito (cerchiare le parti interessate):

Arti superiori DX \_\_\_\_\_ SX \_\_\_\_\_

Arti inferiori DX \_\_\_\_\_ SX \_\_\_\_\_

Rachide .....SI.....NO Scoliosi .....SI.....NO

Disturbi respiratori: .....SI.....NO

Respiratore meccanico (Polmone d'acciaio) .....SI.....NO

Ricovero .....SI.....NO

#### 2) FASE DI RECUPERO

E' il periodo che va dalla guarigione dell'infezione acuta, pochi giorni dopo l'attacco, al recupero massimo della forza e della funzione, può durare mesi o anni. In tale periodo si eseguono trattamenti riabilitativi e interventi chirurgici e ortopedici.

Deambulazione :.....SI.....NO

Autonomia :.....SI.....NO

Con ortesi (ginocchiere-calzature ortopediche-etc) .....SI.....NO Quali \_\_\_\_\_

Con ausilii (bastoni-stampelle-carrozzina) .....SI.....NO Quali \_\_\_\_\_

Interventi chirurgici relativi alla polio .....SI.....NO

Tipo d'intervento e a che età circa

Durata della fase di recupero Anni \_\_\_\_\_

### 3. PERIODO DI STABILIZZAZIONE

Inizia da quando una persona raggiunge un livello di recupero massimo delle forze e della funzione: può durare indefinitivamente o terminare con l'inizio di un peggioramento (non dovuto all'invecchiamento fisiologico).

**Età di inizio** \_\_\_\_\_ **anno** \_\_\_\_\_

**Ha svolto un lavoro:**.....SI.....NO      **se "SI" quale** \_\_\_\_\_

**Deambulazione:**.....SI.....NO

**Autonomia:**.....SI.....NO

Con ortesi (ginocchiere-calzature ortopediche- etc): ...SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_

Con ausilii (bastoni-stampelle-carrozzina):.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_

### 4. PEGGIORAMENTO LEGATO ALLA POLIO

**Nuovi sintomi** .....SI.....NO

a) Diminuzione della forza muscolare.....SI.....NO      anno di inizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Agli arti superiori    DX \_\_\_\_\_    SX \_\_\_\_\_

Agli arti inferiori    DX \_\_\_\_\_    SX \_\_\_\_\_

Muscoli colpiti con recupero completo.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_

Muscoli non colpiti dalla polio.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_

b) Diminuzione della resistenza muscolare.....SI.....NO      anno di inizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

c) Diminuzione del volume muscolare .....SI.....NO      anno di inizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se "SI" dove a quali muscoli \_\_\_\_\_

d) Stanchezza generalizzata.....SI.....NO      anno di inizio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

e) Dolori ai muscoli indeboliti.....SI.....NO

f) Dolori articolari (rachide-anca-ginocchio.etc)...SI.....NO

g) Dolori alle spalle.....SI.....NO

h) Crampi muscolari.....SI.....NO

i) Intolleranza al freddo.....SI.....NO

j) Modificazione del respiro.....SI.....NO

Apnee notturne.....SI.....NO

k) Modificazione della deglutizione.....SI.....NO

l) Modificazione del ciclo sonno-veglia.....SI.....NO

Difficoltà ad addormentarsi.....SI.....NO

Difficoltà a rimanere svegli.....SI.....NO

Assume un farmaco per dormire.....SI.....NO

m) Aumenta di peso.....SI.....NO      Kg \_\_\_\_\_

**La sintomatologia** (in particolare i sintomi a-b-c-) è comparsa:

rapidamente (in giorni-settimana).....SI.....NO

lentamente (in mesi-anni).....SI.....NO

**Il decorso** (in particolare i sintomi a-b-c-d-) è stato:

diminuzione graduale e progressiva.....SI.....NO

intermittente (con fasi di stabilità seguite a fasi di peggioramento).....SI.....NO

remittente (con miglioramento stabile).....SI.....NO

**Alterazioni funzionali**.....SI.....NO

a) Alterazione della deambulazione.....SI.....NO

Autonoma con più difficoltà.....SI.....NO

Con nuove ortesi (ginocchiere-calzature ortopediche etc)....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_

Con nuovi ausilii (bastoni-stampelle).....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_

Con l'ausilio di una carrozzina..... Per quanto tempo \_\_\_\_\_

Non possibile (solo carrozzina) .....SI.....NO

b) Maggiore difficoltà nel fare le scale ....SI.....NO

Ospedale Specializzato Interregionale Ortopedico Riabilitativo – Malecesine  
U.O. di Recupero e Rieducazione Funzionale  
Università degli Studi di Verona – Clinica Neurologica  
Servizio di Neurofisiologia

- 3 -

- c) Maggiore difficoltà nel vestirsi.....SI.....NO  
 d) Maggiore difficoltà nel fare il bagno.....SI.....NO  
 e) Maggiore frequenza di cadute.....SI.....NO  
 Ha riportato fratture per cadute.....SI.....NO  
 se “SI” quali e quando \_\_\_\_\_  
 f) Ha cambiato lavoro.....SI.....NO  
 Ha ridotto l’orario di lavoro.....SI.....NO  
 Ha dovuto smettere il lavoro.....SI.....NO

### INFORMAZIONI CONCERNENTI ALTRE MALATTIE

#### Problemi di salute riguardanti:

- a) Stomaco o intestino.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 b) Vescica – reni.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 c) Ginecologici.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 d) Polmonari.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 e) Ipertensione arteriosa.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 f) Diabete tiroide.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 g) Allergici.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 h) Malattie reumatiche (artrite.artrosi) ..SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 i) Cute.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 j) Tumori.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 k) Ictus.....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 l) Malattie neurologiche (malattie cerebrali-Parkinson-Sclerosi multipla-Sclerosi laterale amiotrofica etc.)  
 .....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 m) Malattie muscolari (miopatia distrofica etc.)...SI....NO      Quali \_\_\_\_\_  
 n) Emotivi (ansia-depressione) .....SI.....NO      Quali \_\_\_\_\_

#### Altri interventi chirurgici no riguardanti la polio .....SI.....NO

Tipo d’intervento e a che età circa \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ospedale Specializzato Interregionale Ortopedico Riabilitativo – Malcesine  
U.O. di Recupero e Rieducazione Funzionale  
Università degli Studi di Verona – Clinica Neurologica  
Servizio di Neurofisiologia

- 4 -

### INFORMAZIONI CONCERNENTI LA FAMIGLIA

#### Madre

Vivente:.....SI.....NO

Malattie neurologiche (malattie cerebrali-Parkinson-Sclerosi multipla-Sclerosi laterale amiotrofica-Poliomielite) .....SI.....NO Quali \_\_\_\_\_

Altre malattie importanti.....SI.....NO

Quali \_\_\_\_\_

#### Padre

Vivente:.....SI.....NO

Malattie neurologiche (malattie cerebrali-Parkinson-Sclerosi multipla-Sclerosi laterale amiotrofica-Poliomielite-Miopatie).....SI.....NO Quali \_\_\_\_\_

#### Fratelli e sorelle

Malattie neurologiche (malattie cerebrali-Parkinson-Sclerosi multipla-Sclerosi laterale amiotrofica-Poliomielite-Miopatie).....SI.....NO Quali \_\_\_\_\_

#### Parenti (cugini-zii-figli-etc)

Malattie neurologiche (malattie cerebrali-Parkinson-Sclerosi multipla-Sclerosi laterale amiotrofica-Poliomielite-Miopatie).....SI.....NO Quali \_\_\_\_\_

#### INFORMATIVA AI SENSI DELL'art.13 del D.LGS. 196/2003

(Codice in materia di protezione dei dati personali)

#### Modalità, finalità, utilizzo

I dati da Lei forniti attraverso il questionario verranno raccolti e conservati presso l'unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Ospedale di Malcesine e la Clinica Neurologica dell'Università di Verona.

I dati potranno essere elaborati dai centri elaborazione dati dell'Azienda Ospedaliera di Verona e dell'Ulss 22 di Bussolengo.

Potranno essere oggetto di comunicazioni e lavori scientifici concernenti gli esiti tardivi della Poliomielite e verranno utilizzati in forma anonima. Non verranno concessi a terzi per finalità diverse.

Lei potrà in ogni momento rivolgersi all'Unità operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale-Ospedale di Malcesine-località Val di Sogno-37018 Malcesine (VR) tel. 045/6589340 per informazioni, rettifiche, integrazione dei dati o per la loro cancellazione.

Dò il consenso

Nego il consenso

All'utilizzo e al trattamento dei dati per le finalità e secondo le modalità espone sopra

FIRMA \_\_\_\_\_