

SI PREGA IL/LA PAZIENTE DI RISPONDERE ALLE SEGUENTI DOMANDE:

A) DATI ANAGRAFICI E GENERALI

- Nome
- Cognome
- Data di nascita
- Città e indirizzo di residenza
- Telefono fisso
- Cellulare
- Professione
- Datore di lavoro
- Attività sportiva (tipo/frequenza)

B) DOMANDE CLINICHE

- Breve anamnesi clinica
- Sintomi principali
- Data di esordio
- Episodi simili pregressi
- Terapie farmacologiche effettuate (specificare)
- Terapie fisiche / fisioterapia effettuate (specificare)
- Esito delle terapie sopra indicate
- Altre patologie rilevanti
- Interventi chirurgici pregressi
- Interventi chirurgici pregressi al rachide/colonna vertebrale
- Terapie farmacologiche per altre patologie (in corso o effettuate)
- Allergie a farmaci (in particolare antibiotici)

I SUOI SINTOMI PEGGIORANO QUANDO (sottolineare una o più voci):

- • Cammina
- • Rimane seduto/a
- • Rimane in piedi fermo/a (senza camminare)
- • Si alza dal letto
- • Rimane a letto
- • Guida

-
- Solo dolore alla schiena (lato destro / lato sinistro / bilaterale)
 - Solo dolore alla gamba (destra / sinistra)
 - Dolore alla schiena e alla gamba (destra / sinistra)
 - Dolore alla schiena e a entrambe le gambe
 - Intorpidimento / parestesie (se s'ì, in quale zona?)
 - Crampi (se s'ì, in quale zona?)

-
- Ha eseguito una Risonanza Magnetica (RM)?
 - Data della RM: _____
 - Ha eseguito una TAC?

- **Data della TAC:** _____
 - **Ha eseguito un'EMG (elettromiografia)?**
 - **Data dell'EMG:** _____
 - **Ha effettuato una visita neurologica?**
 - **Data della visita neurologica:** _____
 - **Ha effettuato precedenti visite neurochirurgiche / di chirurgia vertebrale o ortopediche?**
-

- **Conosce la PLDD (Decompressione Discale Laser Percutanea)?**
 - **Da chi o dove ha ricevuto informazioni in merito?** _____
 - **Conosce la microdiscectomia "a cielo aperto"?**
 - **Conosce l'erniectomia endoscopica?**
-

Dopo la visita con il **Dott. Gian Paolo Tassi**, riceverà una **descrizione scritta e dettagliata** della procedura **PLDD**, dei **risultati attesi**, delle **possibili complicanze**, dei **tempi di recupero** nelle attività quotidiane e lavorative e delle **regole da seguire**.

Riceverà inoltre un **consenso informato dettagliato** che, qualora il suo caso sia **idoneo** alla procedura PLDD, dovrà **leggere attentamente** prima di sottoporsi al trattamento.

Al termine del consenso informato dichiarerà di **aver compreso** tutti i punti relativi alla PLDD e apporrà **firma e data** prima della procedura.

Grazie per la gentile collaborazione.

Data **Firma**