



CITTA' DI MODUGNO

Provincia di Bari

TOPU

1° SETTORE SEGRETERIA - AA. GG. - PERSONALE - SERVIZI DEMOGRAFICI
SERVIZIO PERSONALE

Prot.

Modugno, 23 settembre 2010

COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n. <i>0048245</i>	
24 SET 2010	
Cat. _____	Clas. _____
Fasc. _____	Settefasc. _____

Alla Commissione Medica di Verifica
Causa di Servizio - Inabilità
Via Demetrio Marin n.3

70125 BARI

e p.c. Alla sig.ra Straziota Angela
viale della Repubblica, n.52/B

70026 MODUGNO (BA)

Oggetto: Aggravamento infermità da causa di servizio - D.P.R. n.461/2001. Dipendente Straziota Angela, n.Bari-Carbonara il 14.10.1968, residente a Modugno in viale della Repubblica, n.52/B.

Si trasmettono, in allegato, per quanto di competenza, i seguenti atti:

- 1) Domanda della dipendente.
- 2) Rapporto informativo.
- 3) Pratica medico-legale in duplice copia.
- 4) Copie certificati medici.
- 5) Stato di servizio.

IL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO PERSONALE
dr.ssa Beatrice Maggio



COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	5747
20 SET. 2010	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

ALL'UFFICIO PERSONALE
Città di Modugno
Piazza del Popolo n.16
70026 Modugno

Oggetto: Aggravamento patologia per causa di servizio.

La sottoscritta Angela Straziota, nata a Bari il 14/10/1968 e residente in Modugno al Viale della Repubblica n.52/B, dipendente di codesto Ente, in servizio presso il V Settore, con la qualifica di Istruttore Direttivo, titolare di P.O., alla quale è stata già riconosciuta la dipendenza dell'infermità per causa di servizio, con la presente istanza prodotta in triplica copia,

CHIEDE

Che le venga riconosciuto l'aggravamento delle patologie a seguito di frattura alla clavicola dx.

In data 4/9/2009 a seguito di visita specialistica le è stato consigliato intervento di asportazione del frammento distale di clavicola dx e stabilizzazione clavicolare con legamento artificiale LARS/LAC 20, ed è stata messa in nota operatoria.

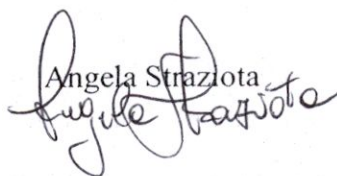
In data 9/6/2010 è stata sottoposta ad intervento chirurgico di riduzione osteosintesi della clavicola dx con placca Acumed laterale a T con relative viti metalliche, c/o l'Ospedale Cervesi di Cattolica. Dopo l'intervento permane una lussazione acromion-claveare.

Allega i seguenti certificati medici:

- 1) Copia certificato del Dott. Fabrizio Campi di messa in nota operatoria a seguito di visita specialistica in data 4/9/2009;
- 2) Copia cartella clinica rilasciata dall'Ospedale Cervesi di Cattolica a seguito di intervento in data 9/6/2010;
- 3) Copia certificato rilasciato dall'Ospedale Cervesi di Cattolica in data 20/7/2010 a seguito di visita di controllo.

Sicura di un accoglimento della presente porge distinti saluti.

Modugno, 20/9/2010

Angela Straziota


COMUNE DI MODUGNO	
Prot. n.	57747
20 SET. 2010	
Cat.	Clas.
Fasc.	Sottofasc.

All'UFFICIO PERSONALE
Città di Modugno
Piazza del Popolo n.16
70026 Modugno

Oggetto: Aggravamento patologia per causa di servizio.

La sottoscritta Angela Straziota, nata a Bari il 14/10/1968 e residente in Modugno al Viale della Repubblica n.52/B, dipendente di codesto Ente, in servizio presso il V Settore, con la qualifica di Istruttore Direttivo, titolare di P.O., alla quale è stata già riconosciuta la dipendenza dell'infermità per causa di servizio, con la presente istanza prodotta in triplice copia,

CHIEDE

Che le venga riconosciuto l'aggravamento delle patologie a seguito di frattura alla clavicola dx.

In data 4/9/2009 a seguito di visita specialistica le è stato consigliato intervento di asportazione del frammento distale di clavicola dx e stabilizzazione clavicolare con legamento artificiale LARS/LAC 20, ed è stata messa in nota operatoria.

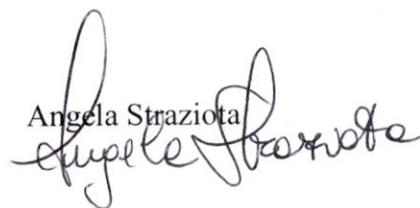
In data 9/6/2010 è stata sottoposta ad intervento chirurgico di riduzione osteosintesi della clavicola dx con placca Acumed laterale a T con relative viti metalliche, c/o l'Ospedale Cervesi di Cattolica. Dopo l'intervento permane una lussazione acromion-claveare.

Allega i seguenti certificati medici:

- 1) Copia certificato del Dott. Fabrizio Campi di messa in nota operatoria a seguito di visita specialistica in data 4/9/2009;
- 2) Copia cartella clinica rilasciata dall'Ospedale Cervesi di Cattolica a seguito di intervento in data 9/6/2010;
- 3) Copia certificato rilasciato dall'Ospedale Cervesi di Cattolica in data 20/7/2010 a seguito di visita di controllo.

Sicura di un accoglimento della presente porge distinti saluti.

Modugno, 20/9/2010

Angela Straziota




CITTA' DI MODUGNO

Provincia di Bari

I SETTORE SEGRETERIA - AA.GG. - PERSONALE - SERVIZI DEMOGRAFICI
SERVIZIO PERSONALE

Il Dirigente

Vista la richiesta della dr.ssa Angela Straziota per il riconoscimento dell'aggravamento di infermità per causa di servizio;

c e r t i f i c a

che la dr.ssa Angela Straziota, nata a Bari-Carbonara il 14/10/1968 e residente a Modugno in Viale della Repubblica n.52/B int.7, è alle dipendenze di questo Ente con contratto a tempo indeterminato, dal 27/01/2004 a tutt'oggi;

che la stessa, dalla data di assunzione, svolge le mansioni connesse al profilo di appartenenza che comportano anche l'utilizzo di personal computer.

Modugno, 20 settembre 2010

IL DIRIGENTE I SETTORE
dr.Serafino BRUNO





CITTA' DI MODUGNO

Provincia di Bari

I° SETTORE SEGRETERIA - AA.GG. - PERSONALE - SERVIZI DEMOGRAFICI
Servizio Personale

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Esaminati gli atti d'ufficio:

CERTIFICA

- che la dr.ssa Angela Straziota, nata a Bari-Carbonara il 14/10/1968, residente a Modugno in viale della Repubblica n.52/B, è alle dipendenze di questo Ente dal 27/01/2004;

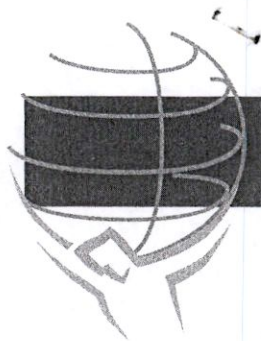
- che la stessa è inquadrata nei ruoli organici di questo Ente come segue:

- dal 27/01/2004 al 30/11/2008 con il profilo professionale di "Istruttore" cat.C;
- dal 1/12/2008 a tutt'oggi con il profilo professionale di "Istruttore Direttivo" cat.D.

MODUGNO, 16 settembre 2010

IL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO PERSONALE
Dott.ssa Beatrice Maggio





Riccione 04/09/2009

Dott. Fabrizio Campi
MEDICO CHIRURGO

039-0515615

Specialista in Ortopedia e Traumatologia

SHOULDERTECH srl

SEDE LEGALE

Piazza Ordellaffi, 4
47100 Forlì (FC)

AMBULATORIO

Via Andrea Costa, 33
47100 Forlì (FC) Italia
T +39.0543.36288
F +39.0543.21141
segreteria@shouldertech.it

Straziota

Angela

14-10-1968

Riferisce trauma contusivo-distrattivo spalla dx il 21/07/2008 subendo uno scippo (infortunio in itinere). Frattura 1/3 laterale clavicola dx, capitello radiale dx e frattura costale. Trattamento conservativo.

RX ++ per pseudoartrosi atrofica del 1/3 distale di clavicola dx con lesione dei legamenti coraco-clavicolari.

Esame obiettivo:

- Salienza dell'estremo distale della clavicola dx che appare riducibile;
- Buona la motilità generale e la tenuta tendinea; non deficit V/N periferici.

Si consiglia:

Intervento di asportazione del frammento distale di clavicola e stabilizzazione clavicolare con legamento artificiale LARS/LAC 20

Intanto:

Esercizi di retroposizione delle spalle 2 v/settimana in acqua e con elastici

Si pone in nota operatoria

UNITÀ OPERATIVA CHIRURGIA ORTOPEDICA DELLA SPALLA

Ospedale "D. Cervesi" - via L. Van Beethoven, 16 - 47841 Cattolica (RN)
centralino +39.0541.966111 - T +39.0541.966390 - F +39.0541.966303 - www.chirurgiaspalla.it

e-mail: fcampi@shouldertech.it



Id.Ass. 03060043  Tel.: 339-6515615 080- C.F.: STRNGL68R54A662T Data nascita: 14/10/1968

REFERTO

Data **20/07/2010**

Nr. REF/2010/00377587

STRAZIOTA ANGELA

VIA DELLA REPUBBLICA, 52/B

70026 - MODUGNO ()

U.OP. richiedente: **CT CHIR.ORT.SPAL Degenze**

Mod.accesso: Ordinario

U.OP. esecuzione: **CT CHIR.ORT.SPALLA AMB.**

Prestazioni

32141 - VISITA DI CONTROLLO ORTOPEDICA ARTO SUPERIORE

Operatore

SAPORITO MARCO

Data esecuzione

20/07/2010

- INDAGINI E PRESTAZIONI ESEGUITE:

VISITA DI CONTROLLO ORTOPEDICA ARTO SUPERIORE

Operata il 09/06/2010 per frattura clavicola destra. Deve ancora cominciare la terapia riabilitativa.

Viene a controllo

Es.Ob:

ROM passivo e attivo ancora limitato, spalla non dolente e cicatrice in ordine.
Lussazione acromion-clavicolare.

Rx: Va bene, lussazione acromion-claveare

Consiglio:

- mobilizzazioni a secco 2v/sett
- esercizi in acqua 2v/sett

Il Medico

SAPORITO MARCO

AZIENDA U.S.L. - RIMINI
Ospedale Cervesi Cattolica
Dr. Marco SAPORITO
U.O. Chirurgia Ortopedica della Spalla
C.F. SPM-MEC 76A02 0351W



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

Via Coriano, 38 - 47921 - RIMINI - P.I./C.F. 02329590406

OSPEDALE DI CATTOLICA
DIPARTIMENTO EMERGENZA - URGENZA
U.O. CT CHIR.ORT.SPAL DEGENZE
RESPONSABILE DOTT. GIUSEPPE PORCELLINI

ID Paziente : 03060043



C.F.: STRNGL68R54A662T

Data Nascita: 14/10/1968

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA

Ricovero Nr. 10026020R



STRAZIOTA ANGELA
VIA DELLA REPUBBLICA, 52/B
70026 - MODUGNO ()

RICOVERO

Reparto di Ammissione: CT CHIRURGIA ORTOPEDICA della SPALLA Degenze

Data ricovero: 09/06/2010 Ora: 07:30

Proposta di ricovero: Specialista

Tipo di ricovero: Ordinario

Trauma o intossicazione:

Sesso: F Età: 41

Regime di ricovero:

Ordinario

Motivo del ricovero:

Onere della Degenza:

Luogo trauma o intossicazione:

Luogo nascita:

BARI

Cittadinanza:

ITALIA

DIMISSIONE

Reparto di dimissione: CT CHIRURGIA ORTOPEDICA della SPALLA Deg

Data: 11/06/2010 Ora: 09:50

Modalità di dimissione: Ordinaria

Autopsia:

Data Decesso:

Ora decesso:

DIAGNOSI

Principale: Codice: 81013

Descrizione: FRATTURA DELL'ESTREMITA ACROMIALE DELLA CLAVICOLA

INTERVENTI E/O PROCEDURE

Principale:

Codice: 7841

Data: 09/06/2010

Descrizione:

ALTRI INTERVENTI DI RIPARAZIONE O PLASTICA SU SCAP

Il Medico che redige
Dott. MEROLLA GIOVANNI

Responsabile Dott. Giuseppe Porcellini

VIA BEETHOVEN - Tel : - Fax : - E-mail :

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
DI RIMINI

PRESIDIO OSPEDALIERO RICCIONE - CATTOLICA

Riproduzione fotostatica dell'originale esistente
in atti di questo Ospedale, rilasciata a norma
C. P. P. per gli usi consentiti dalla legge, ed è
composta di N. 35 fogli.

Riccione, li 12 GIU. 2010

L'IMPIEGATO

IL DIRETTORE SANITARIO

Utente : merollag - Data stampa: 11/06/2010 09:51:37

AZIENDA U.S.L. - RIMINI
PRESIDIO OSPEDALIERO
RICCIONE - CATTOLICA
IL DIRETTORE MEDICO
(Dott. Romeo GIANNE)





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

Via Coriano, 38 - 47921 - RIMINI - P.I./C.F. 02329590406

OSPEDALE DI CATTOLICA

DIPARTIMENTO EMERGENZA - URGENZA

CT CHIRURGIA ORTOPEDICA DELLA SPALLA DEGEN

RESPONSABILE DOTT. GIUSEPPE PORCELLINI

ID Paziente : 03060043

C.F.: STRNGL68R54A662T

Data Nascita: 14/10/1968

FRONTESPIZIO

Ricovero Nr. 10026020R



STRAZIOTA-ANGELA

VIA DELLA REPUBBLICA, 52/B

70026 - MODUGNO (BA)

AMMISSIONE

Reperto di Ammissione: CT CHIRURGIA ORTOPEDICA della SPALLA Degenze

Data ricovero: 09/06/2010	Ora: 07:30	Regime di ricovero:	Ordinario
Proposta di ricovero:	Specialista	Motivo del ricovero:	
Tipo di ricovero:	Ordinario	Onere della Degenza:	
Trauma o intossicazione:		Luogo trauma o intossicazione:	
Sesso: F		Luogo nascita:	BARI

Diagnosi di Ammissione:

pseudoartrosi clavicola destra

Il Medico/personale sanitario accettante:

CAMPI FABRIZIO

(firma)

Responsabile Dott. Giuseppe Porcellini

(firma)

Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

Ospedale "D. Cervesi" - Cattolica (Rn)

U.O. Di Chirurgia Ortopedica della Spalla

Responsabile: Dr. G. Porcellini

Centralino: 0541-966111 - shoulder@orthoweb.net

Equipe chirurgica:

Dr. F. Campi – Dr. P. Paladini – Dr. F. Fauci – Dr. G. Merolla – Dr. M. Saporito

Cattolica, 11/6/2010

Dimettiamo in data odierna il Sig. **STRAZIOTA ANGELA**, ricoverato il: 09/06/2010 con la **diagnosi** di: Pseudoartrosi del terzo laterale di clavicola destra. Durante la degenza sono stati eseguiti i seguenti **accertamenti**: ECG, esami ematochimici, Rx torace e clavicola sinistra post-operatorio. In data: 09/06/2010 è stato eseguito l'**intervento chirurgico** di: Riduzione-osteosintesi della clavicola con placca Acumed laterale a T con relative viti spalla destra.

Consigli a domicilio:	Tachipirina 1000 1 cpr al bisogno (massimo 2/die) Ghiaccio 3v./die per 15' Pr/ Fraxiparina 0.4 i fl s.c./die per 30 gg al termine della Fraxiparina: Pr/ Vessel – 1 cpr per 2v/die per ulteriori 20 gg
	Immobilizzazione per giorni 30
1° giorno	Terapia farmacologica
15° giorno	Rimozione punti di sutura Inizio mobilizzazioni del gomito e della spalla
30° giorno	RX controllo e inizio mobilizzazioni
40° giorno	Mobilizzazione attiva in piscina (cauta e graduale) + esercizi di allungamento

Rimozione dei punti di sutura tra 15 giorni

Controllo clinico a 35 giorni (vedi allegato)

Prognosi giorni 90 (novanta)

Il Medico
Dr. Giuseppe Porcellini

Cognome

STRAZIOTA ANGELA
14/10/1968

DATA DI NASCITA

ETÀ

Nome

03060043 100047

N. CARTELLA

SESSO

M F

☒ RICOVERO ☐ DAY HOSPITAL

GIÀ RICOVERATO/A SI ☐ NO ☒

DATA E ORA DEL RICOVERO _____

N. TELEFONO DOMICILIO _____

FAMILIARE REFERENTE _____

N. TELEFONICO REFERENTE _____

MEDICO CURANTE _____

AUTOSUFFICIENZA completa ☐ parziale ☒ nulla ☐

DEAMBULAZIONE autonoma ☒ limitata ☐ impedita ☐

PROTESI occhiali ☐ lenti a contatto ☐ dentarie ☐

acustica ☐ altra ☐ _____

DIETA libera ☒ altra _____

FARMACI ATTUALMENTE ASSUNTI: _____

EUTIROX 100 GINODEN CPT

ALLERGIE: _____

NEGATIVE

MOTIVI DEL RICOVERO

INTERVENTO CHIRURGICO

DIAGNOSI DI AMMISSIONE: PSEUDARTROSI ESTREMO DISTALE CLAVICOLA-DX

MEDICO PROPONENTE: ASSOCIAZIONE ESTREMO DISTALE CLAVICOLA E RICOSTRUI
CON IMPIANTO ARTIFICIALE DE-CAMP

ANAMNESI



STRAZIOTA ANGELA
14/10/1968

ST
14

03060043 1000471720A 0



Sig.

ANAMNESI FISIOLOGICA

Abitudini alimentari veg Caffè S Alcool / Fumo /
Cicli mestruali: R Q D Gravidanze 1 Aborti /
Alvo diuresi veg Ritmo del sonno veg Peso corporeo abituale 55 kg

ANAMNESI FAMILIARE

Vasculopatie Ipertensione Arteriosa
Miocardiocoronaropatie Diabete Mellito
Gotta Obesità
Dislipidemie Neoplasie
Professione e rischi connessi N.D.

A. PAT. REMOTA Ha contratto i comuni esantemi infantili
Nega patologie mediche di rilievo

A. PAT. PROSSIMA Trauma spalla dx il 21/7/2008 per infortunio in
tenere per demucato. Frattura tra corone di clavicola trattata
per oltre 90 giorni. Il 4/9/2008 si è rotta al nostro ospedale
ed in tale occasione valutato il possibile clavicola. Si menziona che
è stato eseguito intervento di c. allo spalla dx / A/C dx.

ESAME OBIETTIVO

STRAZIOTA ANGELA
14/10/1968

ST
14.



SPALLA **DX** SIN

03060043 1000471720A 0

Data, 17/5/2015

Conflitto

Arco doloroso

- ☐ 0° - 60°
☐ 60° - 120°
☒ 120° - 180°

Hawkins

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Yocum

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Neer

- ☒ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Acromion-claveare

Palpazione

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☒ +++

Cross-arm

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☒ +++

Instabili

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☒ +++

Cuffia

Jobe

- ☒ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Lift-off

- ☒ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Napoleon

- ☒ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Neer

- ☒ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Patte

- ☒ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Patte 90°

- ☒ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Bicipite

Palm-up

- ☒ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Dolore sul

- ☒ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

O'Brien

Pollice alto

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Pollice basso

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Note:

*Teste positive per ALC de la cuffia
posteriore de la cuffia. ~~Teste~~ Cuffia de la cuffia*

Instabilità

Sulcus dx

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Sulcus sin

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Sulcus extra dx

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Sulcus extra sin.

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Bicipite

Cassetto Ant.

- ☐ 25%
☐ 50%
☐ 75%
☐ 100%

Cassetto Post.

- ☐ 25%
☐ 50%
☐ 75%
☐ 100%

Apprehension Ant.

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Relocation Ant.

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☒ +++

Apprehension Post.

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Relocation Post.

- ☐ ---
☐ +-
☐ ++
☐ +++

Il Medico

ESAME OBIETTIVO



SPALLA



SIN

Data,

Ispezione:

.....

.....

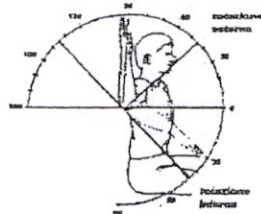
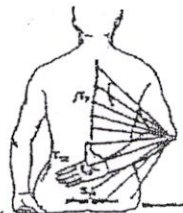
.....

.....

Intrarotazione

Dorso della mano

- ☐ lateralmente alla coscia
- ☐ al gluteo
- ☐ alla articolazione lombosacrale
- ☐ alla vita (L3)
- ☒ a livello D12
- ☒ alla interscapolare (D7)
- ☐ nessun movimento



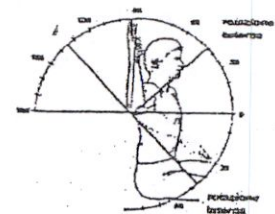
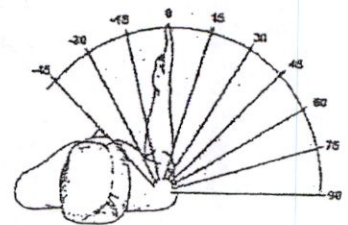
Extrarotazione

Braccio addotto

- ☐ - 90°
- ☐ - 45°
- ☐ 0°
- ☐ 20°
- ☐ 45°
- ☒ 90°

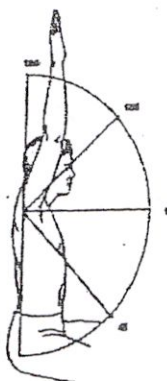
Braccio addotto

- ☐ - 90°
- ☐ - 45°
- ☐ 0°
- ☐ 20°
- ☐ 45°
- ☒ 90°



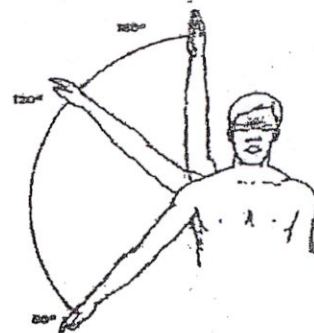
Elevazione Anteriore

- ☐ 0° - 30°
- ☐ 31° - 60°
- ☐ 61° - 90°
- ☐ 91° - 120°
- ☐ 121° - 150°
- ☒ 151° - 180°



Abduzione

- ☐ 0° - 30°
- ☐ 31° - 60°
- ☐ 61° - 90°
- ☐ 91° - 120°
- ☐ 121° - 150°
- ☒ 151° - 180°



esioni neurologiche:

.....

.....

.....

.....

SIMPLE SHOULDER TEST



SPALLA DX SIN

Data,

Cartella clinica:

- ☐ Il dolore alla spalla è tale da NON disturbare il sonno?
- ☒ È in grado di infilare nei pantaloni (gonna) il retro della camicia con la mano dello stesso arto della spalla che le fa male?
- ☒ È in grado di toccare la nuca con il palmo della mano con il gomito sollevato dal fianco?
- ☒ È in grado, senza piegare il gomito, di appoggiare una moneta su di uno scaffale che si trovi all'altezza della spalla?
- ☐ È in grado di sollevare un peso di 0,5 Kg a livello della spalla senza piegare il gomito?
- ☐ È in grado di sollevare un peso di 4 Kg a livello della testa senza piegare il gomito?
- ☐ È in grado di trasportare un peso di 10 kg tenendo la mano lungo il fianco?
- ☐ Sarebbe in grado in grado di scagliare in avanti ad una distanza di circa 10 metri una palla da biliardo partendo con la mano al fianco?
- ☐ Sarebbe in grado in grado di scagliare la stessa palla nella stessa direzione per una distanza di 20 metri partendo con la mano dietro la testa?
- ☒ È in grado di lavarsi il retro della spalla sana con la mano dell'arto in questione?
- ☐ Riesce a svolgere le sue normali attività lavorative a tempo pieno?

Totale risposte affermative: 12

CONSTANT SCORE



Paziente

SPALLA

DX

SIN

Cartella clinica:

Data:

Attività quotidiane

- ☐ (4) Lavoro pieno
- ☐ (4) Sport
- ☐ (2) Sonno senza problemi
- ☐ (0) Nessuna attività

Possibilità di Extrarotazione

- ☐ (2) Mano dietro la testa con gomito avanti
- ☐ (2) Mano dietro la testa con gomito dietro
- ☐ (2) Mano sopra la testa con gomito dietro
- ☐ (2) Piena elevazione sopra la testa
- ☐ (0) Nessun movimento

Elevazione Anteriore

- ☐ (0) 0° - 30°
- ☐ (2) 31° - 60°
- ☐ (4) 61° - 90°
- ☐ (6) 91° - 120°
- ☐ (8) 121° - 150°
- ☐ (10) 151° - 180°

Dolore

- ☐ (15) Nessun dolore
- ☐ (10) Leggero dolore
- ☐ (5) Dolore moderato
- ☐ (0) Severo dolore

Capacità di utilizzare la mano nelle attività lavorative

- ☐ (2) Fino alla vita
- ☐ (4) Fino alla Xifoide
- ☐ (6) Fino al collo
- ☐ (8) Fino alla testa
- ☐ (10) Sopra alla testa
- ☐ (0) Nessun movimento

Possibilità di Intrarotazione

Dorso della mano

- ☐ (0) lateralmente alla coscia
- ☐ (2) al gluteo
- ☐ (4) alla articolazione lombosacrale
- ☐ (6) alla vita (L3)
- ☐ (8) al livello T12
- ☐ (10) alla interscapolare (T7)
- ☐ (0) nessun movimento

Abduzione

- ☐ (0) 0° - 30°
- ☐ (2) 31° - 60°
- ☐ (4) 61° - 90°
- ☐ (6) 91° - 120°
- ☐ (8) 121° - 150°
- ☐ (10) 151° - 180°

Forza

Massimo peso sollevato col braccio mantenuto in abduzione di 90° per 5 secondi (0,5 kg = 1 punto, con punteggio massimo pari a 25)

Totale:

Data	DIARIO CLINICO	TERAPIA
9/6/2010	Intervento in Anestesia generale e sutura del fono: riduzione e sutura del pseudotumor del clivice con riflettore con BRT; e lussazione di 30°; Rx di controllo; Tempo surgery, epine e antibiotico come da protocollo; Controllo TA, FC e diuresi;	
10/6	Controllo diurna Volume. Resto diurna	
11/6	Apnea, si dorme a le app'ne univale 60 P	

[illegible][illegible][illegible][illegible]

SCALA DI MISURAZIONE DEL DOLORE POSTOPERATORIO

VAS

RAZIOTA ANGELA
/10/1968

3060043

1000471720A

Identifica

Peso	Età	Sesso	Tipo di intervento <i>icat. d'anca da</i>
VAS 0 punteggio		Ora di rilevazione	

Tipologia del dolore previsto: ° lieve/medio ° severo

Protocollo di Analgesia utilizzato:

NOTE *- Aetiochil 1cc + 70mg 1cc x 3 (18-2-10) - 18-2-10*
- 1cc folgo 1g x 3 (18-2-10) - 18-2-10
- Se dolore (VAS ≥ 3) Kofine 5mg SC al 5° e 10° giorno con 80cc
- Se nausea e/o vomito Rosol 1cc al 4° giorno ripetere ogni 15 ore

Data *9/10/19* Firma Anestesista *[Signature]*

VAS 1 punteggio *0* Ora di rilevazione *11/30*

	gg intervento <i>9/6</i>	1° giornata <i>10/6</i>	2° giornata <i>11/6</i>
ore 8.00		0	0
Sigla Infirm.		MC	ME
ore 12.00		0	
Sigla Infirm.		MC	
ore 16.00	0	0	
Sigla Infirm.	3lu	mm	
ore 20.00	2	0	
Sigla Infirm.	h	2K	
ore 24.00	2		
Sigla Infirm.	cc		
ore 04.00			
Sigla Infirm.			

NOTE *lunga durata vel 150 mc/h*

Fine protocollo	Ora	Data
Eventuale rimozione catetere/elastometro		



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini



STRAZIOTA ANGELA
14/10/1968

Ospedale Civile Cervesi
Cattolica

REPARTO: PM SALLA 20

NOME E COGNOME: 1720A 03060043 1000471720A

INDIRIZZO:

ETÀ:

DATA DEL RICOVERO: 9/06/2010

TELEFONO:

DIAGNOSI DI AMMISSIONE:

ORA: 7:30

DATA DIMISSIONE:

È seguito dal dott.:

CAMPI

ANATOMIA CLAVICOLA AX (LARS-LAE TUBI)

PRECEDENTI RICOVERI:

SITUAZIONE SOCIALE:

vive solo ☐

vive in istituto ☐

vive in famiglia ☒

ALLERGIE:

DIABETE

SI ☐
NO ☒

Dieta ☐

Ipoglicemizzanti ☐

Insulina ☐

TERAPIA DOMICILIARE:

EUTIROX-

RESPIRO

ALIMENTAZIONE

ELIMINAZIONE

Urine:

Feci:

SONNO

MOBILIZZAZIONE

STATO DI COSCENZA

GRADO DI DIPENDENZA

ACCOGLIMENTO DEL PAZIENTE

Regolare ☐

Libera ☐

Regolare ☐

Regolare ☐

Regolare ☐

Libera ☐

Integro ☐

Autonomo ☐

Dispnoico ☐

Dieta specifica ☐

Incontinente ☐

Stitico ☐

Insonnia ☐

Obbligata ☐

Obnubilato ☐

Parzialmente dipendente ☐

Portatore di catetere dal

Diarrea ☐

Se insonnia che farmaci usa

Dipendente ☐

SI ☒
NO ☐

FUMATORE

FIRMA DELL'INFERMIERE

[Signature]

[illegible]

17-5

9

17/5/20

STRAZIOTA ANGELA
14/10/1968

03060043 100047



10.06.10

I

MATTINO

POMERIGGIO

NOTTE

h 19⁰⁰ 38²

h 24 37

NOME COGNOME								
DATA	9/05/2010							
GIORNATA								
TURNO	MATTINO	POMERIGGIO	NOTTE	MATTINO	POMERIGGIO	NOTTE		
T.C.								
P.A.	110/80							
spO2								
TRICOTOMIA	CONTR.							
ANTIBIOTICO								
LIQUIDI E.V.	1500 →	→ INCONT	SI					
FARM. IN POMPA								
C.V.C. - (NTP)								
C.V.								
S.N.G.								
PULIZIA INTEST.								
EVACUAZIONI								
DIETA	ASS.	ASS	ASS	LIB	Lib			
STICK GLICEM.								
SALA-REPARTO	S 10 ¹⁰ R 12 ⁵⁰							
ANESTESIA	A. GEN + 1/680							
VAS	O							
ELASTOMERO								
DREANAGGI								
02 Tp.								
GHIACCIO	SI	SI	SI	SI	SI	SI		
DIURESIS POST. OP.	CONTR.	CONTR OK						
GARZA VAGINALE								
MEDICAZIONE				OK				
MOBILIZZAZIONE	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	
Pz. AVVISATO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	
POSTURA	TUTORE	→	→	TUTORE	→	→		
CALZE ELASTICHE								
FIRMA C.S. - INF.	[Signature]		BLU	EC	MARZOTTI	mag. m.	EC.	

CONSEGNE MATTINO DEL

CONSEGNE MATTINO DEL

CONSEGNE POMERIGGIO DEL 31.6.....

Da 17⁰⁰ la ps. per andare in bagno ha avuto un episodio: pre-epistolico, risolti spontaneamente. PA 130/70 -

BMI

CONSEGNE POMERIGGIO DEL 10/06

h 19⁰⁰ TC 38² (sommità TACHIP. h 19⁰⁰)
controllato h 22⁰⁰. h 20³⁰ TC 37⁸ TC 38⁷

ipm gi. mani ca

CONSEGNE NOTTE DEL

CONSEGNE NOTTE DEL

NOME COGNOME	STRAZIA		ANGELA			
DATA	11/6/11					
GIORNATA	II					
TURNO	MATTINO	POMERIGGIO	NOTTE	MATTINO	POMERIGGIO	NOTTE
T. C.						
P. A.						
SO2 %						
TRICOTOMIA						
ANTIBIOTICO						
LIQUIDI E. V.						
FARM. IN POMPA						
C.V.C. - (NTP.)						
C. V.						
S. N. G.						
PULIZIA INTEST.						
EVACUAZIONI						
DIETA	LIB.					
STICK GLICEM.						
SALA-REPARTO						
ANESTESIA						
VAS						
ELASTOMERO						
DRENAGGI						
O2 TP.						
GHIACCIO						
DIURESIS POST.OP						
GARZA VAGINALE						
MEDICAZIONE	S.					
MOBILIZZAZIONE	S.					
POSTURA	Tubero					
CALZE ELASTICHE						
FIRMA C.S. - INF.	2002					

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI



STRAZIOTA ANGELA
14/10/1968



ST
14

IL SOTTOSCRITTO _____

03060043 1000471720A 0



☐ PER SE'

O

☐ PER ALTRI

NELLA SUA QUALITA' DI _____

DEL MINORE O ALTRO _____

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI ALL'ART. 79 DEL D.LGS. 196/03 E DOPO AVER
LETTO ATTENTAMENTE L'ART. 7 "DIRITTI DELL'INTERESSATO", DEL MEDESIMO
DECRETO LEGISLATIVO

CONSENTE

IL TRATTAMENTO, LA COMUNICAZIONE E LA DIFFUSIONE DEI PROPRI DATI
PERSONALI E SENSIBILI AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003.

FIRMA

FIRMA DEI GENITORI

PADRE _____

MADRE _____

TUTORE _____

SOGGETTI PREVISTI ART. 82 C. 2 L. a) DEL D.LGS. 196/03 _____

CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

STRAZIOTA ANGELA
14/10/1968

ST
14.

Io sottoscritto/a _____

Informato/a dal Dott. MERULLA

03060043 1000471720A 0

In modo chiaro ed esauriente di essere affetto/a da _____

PSUDOARTROSI IPOLATERALE CLAVICOLA DX -
e di avere necessità di sottopormi al/ai seguente/i intervento/i chirurgico/chirurgici _____

ASPORTAZIONE ESTREMO DISTALE CLAVICOLA DX E RICOSTRUZIONE CON LEGAMENTO ARTIFICIALE DI

reso consapevole

del decorso naturale che potrà avere la mia malattia in assenza dell'intervento;
delle prospettive di beneficio dell'intervento chirurgico propostomi;
dei rischi prevedibili dell'intervento chirurgico propostomi, degli eventuali danni (temporanei o permanenti) per la salute e per la vita;
dei tempi e delle modalità di recupero legittimamente prospettabili a seguito dell'intervento chirurgico;
che, rispetto ai trattamenti sanitari alternativi a quello propostomi per curare la mia malattia:

☒ non esistono trattamenti alternativi;

☐ esistono trattamenti alternativi, con i rispettivi rischi e benefici;

che, per particolari condizioni impreviste, è possibile si debba cambiare di necessità il trattamento senza che me ne venga data informazione, qualora ciò fosse tecnicamente impossibile;

che, rendendosi necessaria l'asportazione di segmenti ossei:

☒ acconsento;

☐ non acconsento alla conservazione ed eventuale utilizzazione a fini di trapianto per sé e per altri del tessuto osseo asportato durante l'intervento chirurgico;

dichiaro

di aver compreso quanto mi è stato detto, di aver avuto a disposizione un ragionevole tempo per prendere le opportune decisioni, di aver avuto la possibilità di chiedere chiarimenti e notizie integrative per cui:

☒ accetto ☐ rifiuto di sottopormi all'intervento chirurgico propostomi, libero di revocare in qualunque momento il mio consenso;

☒ ricevo ☐ ho già ricevuto materiale informativo sul trattamento propostomi;

☒ autorizzo ☐ non autorizzo l'uso a scopi scientifici della documentazione clinica che mi riguarda, nel rispetto, oltre che nel segreto professionale, anche della mia privacy, come garantito dalla legge;

☒ autorizzo ☐ non autorizzo altresì i sanitari a fornire informazioni sulle mie condizioni di salute a:

Cattolica 17/5/2010

Firma del paziente (o chi per lui)

Angela Straziota

Firma del Medico di Reparto

Francesco Merulla

CO
SEI
SI

Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini
Ospedale "D. Cervesi" - Cattolica (Rn)

U.O. Di Chirurgia Ortopedica della Spalla
Direttore: Dr. G. Porcellini
Centralino: 0541-966111 - shoulder@orthoweb.net

Equipe chirurgica:
Dr. F. Campi - Dr. P. Paladini - Dr. F. Fauci - Dr. G. Merolla - Dr. M. Saporito

N° progressivo: 532/10

Cattolica, li 09/06/10

Paziente: STRAZIOTA ANGELA **Età:** 42 **Cartella Clinica** 10026020R

Ora Inizio: 11:00 **Ora Fine:** 12:00

Operatori: PORCELLINI PALADINI CAMPI CESARI

Anestesista: PETRONELLA **Strumentista:** CASADEI

Diagnosi: Pseudoartrosi del terzo laterale di clavicola destra

Intervento: Riduzione-osteosintesi della clavicola con placca Acumed a T con relative viti spalla destra

Descrizione: In posizione beach-chair, attraverso incisione a spallina in corrispondenza della clavicola destra al terzo laterale; si giunge per piani sul focolaio della frattura evidenziando frattura scomposta con frammento laterale inferiore. Si provvede alla riduzione dopo deperiostizzazione a minima. Si sintetizza la frattura con placca ACUMED a T con relative viti, apponendo Activagen preparato con sangue autologosul focolaio di frattura. Buona la continuità e la stabilità dell'impianto a fine intervento. Emostasi, sutura per strati, immobilizzazione post-operatoria.

OSTEOPANT[®] ACTIVAGEN
LOT. 08432
2013-10
BIOTECK s.r.l.
Str. Buttigliera, 26 - Riva di Chieri (TO)
COD OGS-AC10
STERILE R
CE 0373



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIMINI
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE EMILIA ROMAGNA
Presidio Ospedaliero Riccione-Cattolica
CT Chirurgia Ortopedica della Spalla Attività Operatoria

Responsabile Dott. Giuseppe Porcellini

Data stampa: 09/06/2010

Episodio N:

REFERTO OPERATORIO OP055224

Cognome:	STRAZIOTA	Nome:	ANGELA
Data Nascita:	14/10/1968	Sesso:	F
Luogo Nascita:		Cod Fiscale:	
Residenza	MODUGNO	USL Residenza:	USL 104 DELLA REGIONE PUGLIA
ID (Cod Anagr)	03060043	Stato civile:	
Nazionalità	ITALIA	Medico di base:	

Equipe Chirurgica

Medico Primo Operatore : PORCELLINI GIUSEPPE
Medico Secondo Operatore : PALADINI PAOLO
Medico Terzo Operatore : CAMPI FABRIZIO
Altri Medici Operatore :
I.P. Strumentista/i : CASADEI EVA
I.P. Anestesista/i : DI MAIO DONATO
I.P. Infermiere/i di Sala : ANGELINI VANESSA

Intervento/i e/o Procedura/e

Data Inizio Atto Operatorio : 09/06/2010 Ora Inizio Atto Operatorio : 11:00
Data Fine Atto Operatorio : 09/06/2010 Ora Fine Atto Operatorio : 12:00
Priorità : PROGRAMMATO
Diagnosi Post-operatoria :
Denominazione sintetica dell'Intervento o Procedura :

RIDUZIONE CRUENTA DI FRATTURA CON FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA

Interventi secondari :

Diagnosi: Pseudoartrosi del terzo laterale di clavicola destra Intervento: Riduzione-osteosintesi della clavicola con placca Acumed a T con relative viti spalla destra Descrizione: In posizione beach-chair, attraverso incisione a spallina in corrispondenza della clavicola destra al terzo laterale; si giunge per piani sul focolo della frattura evidenziando frattura scomposta con frammento laterale inferiore. Si provvede alla riduzione dopo deperiositizzazione a minima. Si sintetizza la frattura con placca ACUMED a T con relative viti, apponendo Activagen preparat con sangue autologo sul focolo di frattura. Buona la continuità e la stabilità dell'impianto a fine intervento. Emostasi, sutura per strati, immobilizzazione post-operatoria.

Prelievo Istologico :
Anestesia Praticata Da :
Assistenza medico-anestesiologica :
IP Anestesista :
Tipo di Anestesia :

Il Medico
PORCELLINI GIUSEPPE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Rimini

U.O. ANESTESIA RIANIMAZIONE
CARTELLA ANESTESIOLOGICA

Barr Code

Reparto ORT. SPALLA

Classe A.S.A.
1 2 3 4 5

E

Paziente STRAZIOTA ANGELA

età 44

peso 55

data

Diagnosi

Intervento LARS - LAC

Dati anamnestici SPALLA DX

INTERVENTI CHIRURGICI ☐ NO ☒ SI

RICOVERI OSPEDALIERI ☐ NO ☒ SI

ANESTESIE GENERALI ☐ NO ☒ SI

ANESTESIE LOCALI ☐ NO ☒ SI

COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE

FUMO ☐ NO ☒ SI

ALCOOL ☐ NO ☒ SI

STUPEFACENTI ☐ NO ☒ SI

☐ NO ☒ SI

TERAPIA DOMICILIARE EUTIROX 100 1cp/die

PILLOLA ANTICONCEZIONALE

☐ NO ☒ SI

ALLERGIE PELO CANE GRAMINACEE

☐ NO ☒ SI

CUORE

☐ NO ☒ SI

IPERTENSIONE

☐ NO ☒ SI

APPARATO RESPIRATORIO

☐ NO ☒ SI

DIABETE

☐ NO ☒ SI

TIROIDE IPOTIROIDISMO

☐ NO ☒ SI

DIGERENTE

☐ NO ☒ SI

FEGATO

☐ NO ☒ SI

RENE

☐ NO ☒ SI

SNC

☐ NO ☒ SI

VASCOLARE

☐ NO ☒ SI

OSTEOARTICOLARE

☐ NO ☒ SI

MUSCOLARE

☐ NO ☒ SI

PROTESI DENTALE MOBILE O FISSA

☐ NO ☒ SI

LENTI CORNEALI, PROTESI ACUSTICA, OCULARE

ESAME OBIETTIVO

OBIETTIVITA' RESPIRATORIA.....

OBIETTIVITA' CARDIOLOGICA.....

MALLAMPATI

MOBILITA' CERVICALE

INCISIVI PROMINENTI

PROFILO DEL PAZIENTE

APERTURA DELLA BOCCA

Classe I

Normale

No

Normale

> 4 cm

Classe II

Ridotta

SI SOP

Prognatismo

>3 < 4 cm

Classe III

Bloccato in Flessione

Classe IV

DATI DI LABORATORIO

G.B.	4000-10,800	☐	norm	Glic.	mg%	65-100	☐	norm	BiTot	mg%	(fino 1)	☐	norm
G.R	4,4-5,6ml/ul	☐		Azot.	mg%	10-50	☐		bi/ldir	mg%	(fino 0,3)	☐	
Hb	mg%	☐		Creat.	mg%	0,5-1,2	☐		GOT	UTL	fino 37	☐	
Ht	%	☐		E.Ur			☐		GPT	UTL	fino 40	☐	
PLT	150,400,000	☐							γ-Gt	UTL	(6-28)	☐	
				Na	mEq/l	130-150	☐		Fosf. Alc.	UTL	(50-190)	☐	
Quick	%	☐		K	mEq/l	3,5-5,5	☐		LDH	UTL	(230-460)	☐	
Ptt	sec.	☐		Ca	mg%	8,1-10,4	☐		CPK	UTL	(24-195)	☐	
INR	in cura 2-3,5	☐		Cl	mEq/l	98-110	☐		Prot. Totali	g%	(6-8)	☐	
Fibrinogeno	mg%	☐		Mg	mEq/l	1,3-2,1	☐		CHE	UM	4300-13000	☐	
				P	mg%	2,6-5	☐						

EGA Riposo sforzo

pH

pCO2

pO2

H2CO3

B.E.

Sat%

FEV1

FVC

VEMS

MMV

DLCO

GRUPPO

Rh

DISPOSIZ.

E.C.

PLASMA

AUTODO
NAZIONE

EX TORACE.....

ELETTROCARDIOGRAMMA.....

ALTRE INDAGINI (prova sforzo, holter, ecocardiogramma, spirometria, broncoscopia, ecc.).....

REANESTESIA

Data.....

Il Medico Anestesista.....

MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO ALLA ANESTESIA ED EMOTRASFUSIONE INTRAOPERATORIA

Gentile Signore \ Signora

per l'intervento chirurgico di.....
che è stato programmato per Lei, è richiesto un trattamento anestesilogico teso a permettere le manovre
chirurgiche in assenza di dolore. Dalla valutazione del Suo stato generale di salute, in rapporto allo specifico
intervento previsto, la tecnica di anestesia che Le verrà praticata potrà essere:

generale ☒ locale / loco - regionale ☒ sedazione ☐

La tecnica potrà essere modificata dal Medico Anestesista presente in sala operatoria al momento
dell'intervento chirurgico, qualora lo ritenesse necessario. Anche Lei potrà richiedere la modifica della
tecnica concordata, e/o ulteriori informazioni.

Prima dell'intervento chirurgico, Le potranno essere somministrati farmaci (preanestesia) per ridurre il livello
di ansia e facilitarne l'induzione anestetica. Durante l'anestesia Le verrà assicurato un controllo clinico e
strumentale dei parametri vitali adeguato alle Sue condizioni ed all'intervento chirurgico in atto. Tale
controllo verrà continuato nell'immediato periodo postoperatorio fino alla stabilizzazione dei parametri vitali.
L'anestesia moderna è sicura, tuttavia come accade per tutte le discipline mediche, pur attuata con perizia,
diligenza e prudenza, non è esente da possibili complicazioni anche gravi.

La informiamo che è stato giudicato operabile, e che in base alle Sue attuali condizioni di salute è inserito
nella classe di rischio*:

ASA 1 ☐ ASA 2 ☒ ASA 3 ☐ ASA 4 ☐ ASA 5 ☐

Dichiaro che il medico anestesista mi ha fornito esaurienti informazioni sul trattamento anestesilogico che
mi è stato proposto, sulle potenziali tecniche alternative e sui sistemi di monitoraggio delle funzioni vitali
utilizzati durante l'intervento.

Dichiaro di avere ottenuto risposte soddisfacenti a tutti i quesiti posti e di aver compreso le informazioni
contenute in questo modulo.

Accetto pertanto di sottopormi (o di consentire che la persona sotto la mia tutela venga sottoposta) alle
procedure necessarie.

**Dichiaro inoltre di dare il consenso all'eventuale trasfusione intraoperatoria di sangue omologo e/o
moderivati e di essere consapevole dei rischi connessi a tali trasfusioni.**

Firma del paziente (o tutore legale) *Luigi De Vito*

Firma del Medico Anestesista *Carlo Tinti*

Condizioni particolari:

- il paziente, per le sue condizioni, non è in grado di esprimere un consenso ☐
- il paziente non è in grado di firmare ☐

data *17.5.10*

Codifica del rischio:

ASA 1= normale

ASA 2= modicamente aumentato

ASA 3= notevolmente aumentato

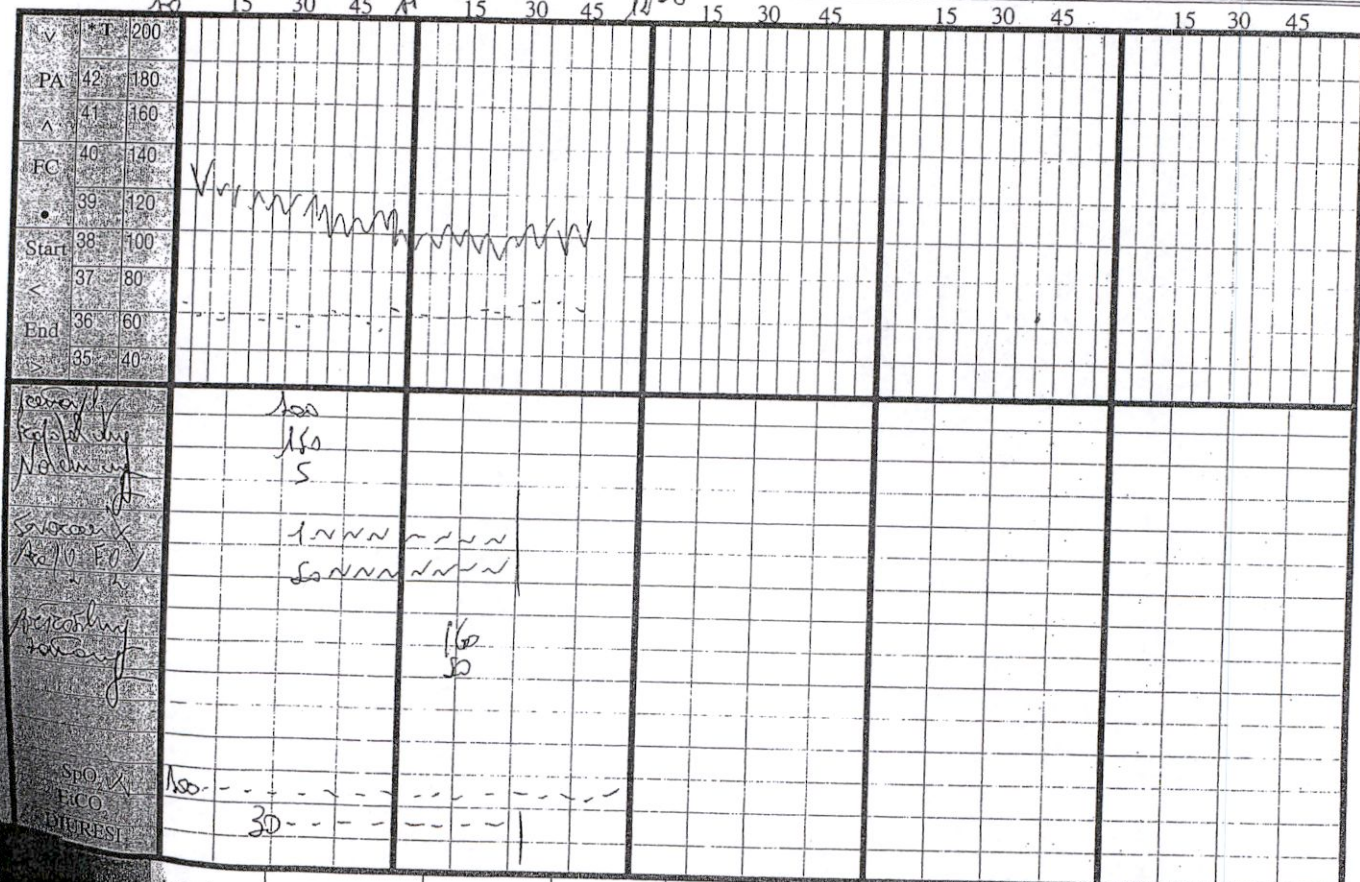
ASA 4= molto elevato

ASA 5= l'intervento è effettuato come ultima possibilità di sopravvivenza

SCHEDA ANESTESIOLOGICA INTRAOPERATORIA - AUSL RIMINI - OSPEDALE:

DATA	9/06/10	PAZIENTE		 RAZIOTA ANGELA 10/1968 3060043 1000471720A 
ANESTESISTA	G. B. P. O. N. A. Y.	EQUIPE CHIRURGICA	Firma Anestesista	
INTERVENTO	Fem. clavicola da			

ANESTESIA PRESIDI CHECK APPARECCHIATURE TECNICHE						
☒ Generale	Maschera n° Cannula n°	Tubo OT Ø7 tipo <i>AKM</i> Tubo NT Ø tipo	Ventilazione	☐ Spontanea	☐ Assistita	☒ Controllata
☐ Sedazione	LMA n°	VAPORE	Circolo	☐ No rebreath	☐ Bassi flussi	L/min
☐ Epidurale ☐ Subaracnoidea ☐ Spinal-Pain	Ago G Ago G Ago G	Catetere ☐	☐ Bilaterale	☐ Selettiva	☐ Continua	Livello
☒ Pleurica	Ago G <i>22</i> mm	Hz/ms mA	Tipo blocco	<i>Indipendente</i> <i>Chiusura 0.15X</i> <i>glu</i> <i>is me</i>		
☐ Locale			☐ Sottocutanea	☐ Tronculare	☐ Intraarticolare	
☒ Agocannula	☐ CVC	☐ Cat Arterioso	☐ SNG	☐ Cat Vesc	☐	



Infusioni	Emazie	Plasma	Altro	Totale
Diuresi	Perdita Ematica	SNG	Perspiratio	
CORMACK	ASA	Posizione		
2 3 4	1 2 3 4 5 E	<i>leni sialo</i>		

N. 10/ 02161

Scheda Infermieristica

ID Paziente 

Cognome: **STRAZIOTA** Nome: **ANGELA**
Data nascita: **14/10/1968** Sesso: **F**
Luogo nascita: **BARI** Cod. fiscale: **STRNGL68R54A662T**
Residenza: **VIA DELLA REPUBBLICA, 52/B - MODUGNO (BA)**
ID (cod. anagr.) **03060043** Tel: **339-6515615** 080-5354254 USL di residenza: **USL 104 DELLA REGIONE PUGLIA**
Nazionalità **ITALIA** Stato civile:

Sensorio: **Orientato**

Grado di pulizia: **Pulito**

Utilizzo presidi antidecubito: **No**

NUM. DESCRIZIONE SET CHIR. DATA OP.CONFEZIONANTE
1 CT ORT MOTORE LINVATEC 2 04/06/2010 STARA ROBERTA
OP.STERILIZZANTE
STARA ROBERTA

Stomia: No
Riscaldatore fluidi: No
Tricotomia: **In reparto**
Protesi dentaria mobile: No
Materiale per ipotermia No
Altro:
Protesi acustica: No
Istologico: No Citologico: No
Lenti a contatto: No
Esame colturale: No

Medicazione a piatto Qta: 1
Catetere peridurale : No
Q.ta Drenaggi: Posizioni: **SEMIASSISA**
In aspirazione Qta: A caduta Qta:

Conteggio faldelle laparotomiche preoperatorio: Si
Operatore 1 : **CASADEI EVA**
Operatore 2 : **ANGELINI VANESSA**
Conteggio ferri chirurgici preoperatorio: No

EQUIPE INFERMIERISTICA

Inf. Strumentista: **CASADEI EVA**
Inf. Resp. di sala: **ANGELINI VANESSA**
Inf. Anestesista: **DI MAIO DONATO**
Altro Infermiere:

Op. ferri postoper.: **CASADEI EVA**

Data Ingresso Blocco: **09/06/2010** Ora Ingresso Blocco: **09:00**
Data Ingresso Sala: **09/06/2010** Ora Ingresso Sala: **10:00**
Data Uscita Blocco: **09/06/2010** Ora Uscita Blocco: **12:35**
Data Uscita Sala: **09/06/2010** Ora Uscita Sala: **12:30**

Note
☐

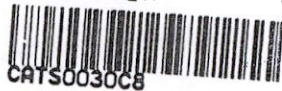
MOTORE LINVATEC -2



CATS0030D1

ITINERIS

BASE SPALLA_4



CATS0030C8

ITINERIS

Utente: **dimaio**

Pagina: 1

STRAZIOTA ANGELA
14/10/1968
03060043 1000471720A 0

SETTORE SALE OPERATORIE
SCHEDA PER PREVENIRE LA RITENZIONE DI GARZE, STRUMENTI
O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO SITO CHIRURGICO

Cognome/Nome paziente

Data nascita

data intervento 9/06/10

N° intervento

	* Fasi conteggio 1	** Elementi aggiuntivi + + +	* Fasi conteggio 2	** Elementi aggiuntivi + + +	* Fasi conteggio 3	** Elementi aggiuntivi + + +	* Fasi conteggio 4	** Elementi aggiuntivi + + +	* Fasi conteggio 5	** Elementi aggiuntivi + + +	Totale	
Pezze laparotomiche grandi	5											
Pezze laparotomiche piccole							5		5		5	
Lunghette/strisce												
Garze	20											
Tamponcini							20		20		20	
Aghi	4	8										
Bisturi	2						10		10		10	
Strumentario							2		2		2	
Firma 1° Infermiere	Conta iniziale SI ☒ NO ☐ 1ª équipe <u>CASADEI</u>						Conta finale SI ☒ NO ☐ 2ª équipe					
Firma 2° Infermiere	<u>ANGELINI</u>											

* Fasi del conteggio

1. Prima di iniziare l'intervento chirurgico (conta iniziale)
2. Prima di chiudere una cavità all'interno di un'altra cavità
3. Al momento del cambio dell'infermiere o chirurgo responsabile (conta finale)
4. Prima di chiudere la ferita
5. Alla chiusura della cute o al termine della procedura (conta finale)

** Conteggio di tutti gli elementi (strumenti, garze o altro materiale) non preventivati ed aggiunti nel corso dell'intervento.

SERVIZIO CHIRURGICO
STRAZIOTA ANGELA
14/10/1968

REGIONALE
ale di Rimini

Scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione
del paziente e del sito chirurgico e della procedura.
Allegato 2: PG.N°40.DIR.SAN.000

Rev.01
24/05/2007
Pagina 1 di 1

1720A 03060043 1000471720A



a pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente e del sito chirurgico e della procedura.
e) Data nascita _____ Data intervento 8/5/2010

Periodo	Fase	Descrizione	Firma leggibile di un componente équipe chirurgica
A. Preparazione all'intervento (giorni o ore precedenti l'intervento)	1° Fase Consenso informato	Il medico che propone l'intervento deve includere il nome del paziente, il nome della procedura, il sito e il lato dell'intervento	FIRMA
	2° Fase Contrassegnare il sito operatorio	Il sito deve essere marcato dal chirurgo o un suo delegato, incluso nell'équipe che effettuerà l'intervento	FIRMA
B. Immediatamente precedente l'ingresso in sala operatoria	3° Fase Identificazione del paziente in reparto	L'infermiere all'interno dell'U.O. identifica il paziente e lo consegna al barellista che lo trasporta in S.O.	FIRMA
	3° Fase Identificazione del paziente in S.O.	Il medico che esegue l'intervento deve chiedere al paziente, nome e cognome, data di nascita, motivazione dell'intervento, sito e lato	FIRMA
C. Immediatamente precedente l'intervento (in sala operatoria)	4° Fase A "Time Out"	Il medico che esegue l'intervento prima dell'intervento deve effettuare la verifica finale con lo scopo di controllare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura chirurgica.	FIRMA
	4° Fase B "Time Out"	L'Anestesista verifica il corretto posizionamento del paziente	FIRMA
	4° Fase C "Time Out"	Il medico che esegue l'intervento verifica la correttezza della sede e lato	FIRMA
	5° Fase "Double Check"	Il primo controllo deve essere effettuato dal primo operatore chirurgo.	FIRMA
	Due componenti dell'équipe operatoria devono verificare la corrispondenza delle immagini radiologiche con l'identità del paziente e con il sito chirurgico.	Il secondo controllo deve essere effettuato dal secondo operatore chirurgo.	FIRMA

ID Paziente:

Sognome: SIRAZIOTA

Nome: ANGELA

Nato/a il: 14/Ott/1968

Età: 41 A

Sesso: F

Razza:

Altezza: PA: /

Peso:

Richiedente:

Indicazioni:

Terapia:

PRCA:

Operatore:

Codice:

08-02-16 17/Mag/2010

FC: 60

Ritmo sinusale FC 60'
normale
Dr. del Corso



Simult.

10 mm/mV

25 mm/s

AC

F2

BL

Prenotazione

ID Paziente



Cognome: **STRAZIOTA** Nome: **ANGELA**
Data nascita: **14/10/1968** Sesso: **F**
Luogo nascita: **BARI** Cod. fiscale: **STRNGL68R54A662T**
Residenza: **VIA DELLA REPUBBLICA, 52/B - MODUGNO (BA)** USL di residenza: **USL 104 DELLA REGIONE PUGLIA**
Cod. anagr.: **03060043** Tel: **339-6515615 080-5354254** Stato civile:
Nazionalità: **ITALIA**

Prenotazione del 17/05/2010

Prescritte da CT CHIRURGIA ORTOPEDICA della SPALLA Degenze

Presentarsi in data: **17/05/2010** ora: **08:10**
CT Poliambulatori Ospedalieri - Cardiologia - Amb ECG prericoveri

presso Ambulatorio/medico:

Convenzione: SSN PREOP Esenz.pre/post ricovero

Modalità di accesso: 2. Pre-Ricovero

Prestazione	Data	Ora visita	Q.tà/Priorità
LETTROCARDIOGRAMMA	17/05/2010	08:10	1/Normale

AMERIGHI MICHELA

Utente: amerighim

Pagina: 1



REFERTO N. REF/2010/00250729

ID Paziente



Cognome: **STRAZIOTA**

Data nascita: 14/10/1968

Luogo nascita: BARI

Residenza: VIA DELLA REPUBBLICA, 52/B - MODUGNO (BA)

Nome: **ANGELA**

Sesso: **F**

Cod. fiscale: **STRNGL68R54A662T**

USL di residenza: **USL 104 DELLA REGIONE PUGLIA**

ID (cod. anagr.) 03060043 Tel: 339-6515615 080-5354254

Nazionalità **ITALIA**

Stato civile:

U.OP. richiedente: **CT CHIR.ORT.SPAL Degenze**

U.OP. esecuzione: **CT RADIOLOGIA CATTOLICA**

Prestazioni

RX CLAVICOLA DES.

Mod.accesso: 2. Pre-Ricovero

Convenzione: SSN PREOP Esenz.pre/post ricovero

Operatore

SUCCI MATTEO

Data esecuzione

17/05/2010

REFERTO

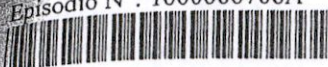
RX CLAVICOLA DES.

Sono apprezzabili gli esiti di frattura scomposta dell'estremo distale della clavicola con diastasi-acromion-claveare.

Il Medico
Dott. ZANZANI SARA

Utente: zanzanis

Pagina: 1



REFERTO N. REF/2010/00296146

		ID Paziente	
Cognome:	STRAZIOTA	Nome:	ANGELA
Data nascita:	14/10/1968	Sesso:	F
Luogo nascita:	BARI	Cod. fiscale:	STRNGL68R54A662T
Residenza:	VIA DELLA REPUBBLICA, 52/B - MODUGNO (BA)		
ID (cod. anagr.)	03060043	Tel:	339-6515615 080-5354254
Nazionalità	ITALIA	USL di residenza:	USL 104 DELLA REGIONE PUGLIA
		Stato civile:	

U.OP. richiedente:	CT CHIR.ORT.SPAL Degenze	Mod.accesso:	2. Post-Ricovero
U.OP. esecuzione:	CT RADIOLOGIA CATTOLICA	Convenzione:	SSN z) NON USAREPOST RIC
Prestazioni		Operatore	Data esecuzione
RX CLAVICOLA DES.		SALVATORI ANGELA	09/06/2010

REFERTO

RX CLAVICOLA DES.

Controllo postoperatorio.

Presenza di placca e viti metalliche in corrispondenza del III acromiale clavicolare.

Il Medico
Dott. BRACCAIOLLAURA

Utente: braccaiolil

Pagina: 1



Referto prodotto il: 17/05/2010 Ore: 11:31
Richiesta: 36624663 17/05/2010

Linea veloce
Ore: 07:00

3607 32-CT CHIR. ORT. SPALLA DH

Sig.ra STRAZIOTA ANGELA

Data Nascita: 14/10/1968 Et : 41 Anni

Sesso: F

Id. Paz.: 36061964

Esame	Esito	U.M.	Intervalli Riferimento
[32] Sg-Exame Emocromocitometrico			
Globuli bianchi	6.08	10 ⁹ /L	4.00 - 10.00
Globuli rossi	4.87	10 ¹² /L	4.00 - 5.20
Emoglobina	13.9	g/dl	12.0 - 15.5
Ematocrito	43.7	%	37.0 - 47.0
MCV	89.7	fl	80.0 - 95.0
MCH	28.5	pg	27.0 - 32.0
MCHC	31.8	* g/dl	32.0 - 36.0
RDW CV	13.0	%	11.5 - 14.5
RDW SD	42.4	fl	39.0 - 48.0
	280	10 ⁹ /L	140 - 400
[32] Piastrine			
[32] Formula leucocitaria			
Neutrofili	53.6	%	
Linfociti	35.0	%	
Monociti	7.4	%	
Eosinofili	3.5	%	
Basofili	0.5	%	
Neutrofili	3.26	10 ⁹ /L	2.00 - 8.00
Linfociti	2.13	10 ⁹ /L	1.00 - 4.00
Monociti	0.45	10 ⁹ /L	0.20 - 1.00
Eosinofili	0.21	10 ⁹ /L	0.00 - 0.50
Basofili	0.03	10 ⁹ /L	0.00 - 0.20
[32] Osservazioni			
[32] P-Tempo di Protrombina (PT-INR) (Dasit-Sismex CA)	1.09		0.80 - 1.20
[32] P-T.di tromboplastina parziale attivata (aPTT) Secondi	32		
Ratio	1.15		0.80 - 1.20
[32] S/P-Glucosio	84	mg/dl	60 - 100
[32] S/P-Creatinina	0.88	mg/dl	0.50 - 1.00
[32] S/P-Sodio	139	mMoli/L	136 - 145
[32] S/P-Potassio	3.8	mMoli/L	3.5 - 5.1

Striscio di sangue periferico non controllato al microscopio



Referto prodotto il: 17/05/2010 Ore: 11:31

Linea veloce

Richiesta: 36624663

17/05/2010

Ore: 07:00

3607 32-CT CHIR. ORT. SPALLA DH

Sig.ra STRAZIOTA ANGELA

Data Nascita: 14/10/1968 Et : 41 Anni

Sesso: F

Id. Paz.: 36061964

Esame	Esito	U.M.	Intervalli Riferimento
[32] S/P-Bilirubina totale	0.46	mg/dl	< 1.20
[32] S/P-Bilirubina diretta	<0.1	mg/dl	< 0.20
[32] S/P-Alanina aminotransferasi (ALT)	12	U/L	< 33

ESAMI ESEGUITI PRESSO

AUSL CE [51] L. RIF. Pievesestina

AUSL CE [21] LLR P.O. Cesena

AUSL FO [11] LLR P.O. Forl 

AUSL RN [31] LLR P.O. Rimini

AUSL RA [41] LLR P.O. Ravenna

[32] LLR P.O. Riccione

[42] LLR P.O. Faenza

[43] LLR P.O. Lugo

Copia cartacea dell'originale informatico conservato presso l'archivio delle aziende di Area Vasta