



TAC GINOCCHIO: DX SX

Sig. Età

-TRAUMA: NO
SI

Se si, specificare tipo di trauma _____

1-2 settimane fa' 1-2 mesi fa' remoto

- DOLORE: NO
SI

Se si, specificare tipo di dolore _____

Anteriore Posteriore Mediale Laterale

- SENSAZIONE DI SCATTO (Clik,-tac) al movimento: NO
SI

- SENSAZIONE DI SCROSCIO al movimento: NO
SI

- COMPARSA DI BLOCCO al movimento: NO
SI

- INSTABILITA' del ginocchio: NO
SI

- "CISTI": NO
SI

Anteriore Posteriore Mediale Laterale

- INTERVENTI: NO
SI

Se si, data approssimativa _____ (richiedere la documentazione)

- TIPO DI OPERAZIONE: • MENISCHI: Interno (mediale)
Esterno (laterale)
• LEGAMENTI: Crociato anteriore
Crociato posteriore
Collaterale interno
Collaterale esterno