Modulo / Sezioni SOAP - Follow - up

wak SOAP Follow-up version 2:011403b

Nome del paziente: _____ Data _____ Sesso: maschile☐ Femminile☐

Studio di:	
per solo uso studio	

Eta' _____ * Segni vitali (3 of 7) Peso _____ Altezza____ Temp. _____

Reg. ☐

Resp. ___Pulsazioni ____ Irreg. ☐ In piedi_____ Seduto _____ Supino _____

SEZIONE I

S **Scala analogica del dolore del paziente:** ☐ **non eseguito**

Nessun dolore — Dolore massimo

MC: AMC: (localizzazione, qualita',gravita', durata, cronologia, contesto, sintomi associati e fattori condizionanti)

SMFS: RS: (Costituzione fisica, occhi, orecchi/naso/bocca/gola/, Cardiovascolare, Respiratorio, GI, GU, Musculoscheletrico, tegumentario, Neurologico, Psichiatrico, Endocrino, Ematologico/Linfatico, Allergico/Immunologico)

Farmaci:

SEZIONE II

Livello: AMC

II	1-3AMC
III	1-3 AMC
IV	>4 AMC
V	>4 AMC

Livello RS

II	No
III	1 RS
IV	2-9 RS
V	>9 RS

Livello SMFS

II	Nessuno
III	Nessuno
IV	1 SMFS
V	> 2 SMFS

Sintesi = media AMC, RS e SMFS ☐ **II** (1-3 AMC) ☐ **III** (1-3 AMC, 1 RS) ☐ **IV** (> 4 AMC, 2-9 RS, 1 SMFS) ☐ **V** (>4 AMC, >9 RS, > 2 SMFS)

O

SEZIONE III

Livello di GMS

☐	II	1-5 elementi
☐	III	> 5 elementi
☐	IV	> 2 in almeno 6 aree o > di 12 in 2
☐	V	> 2 elementi in ogni area

Firma del trascrittore : _____ Firma dell'esaminatore _____

Funded by a grant from the Bureau of Research. © 2002 American Academy of Osteopathy.
Designed to coordinate with the Initial Outpatient Osteopathic SOAP Note Form. Recommended by American Association of Colleges of Osteopathic Medicine.

Modulo / Sezioni SOAP - Follow up -

SEZIONE I

studio di:	
per solo uso studio	

Nome del paziente_____ Data _____

O (segue)

Parametri utilizzati						Livello di gravita':	0 = no DS o Silente (S)	1 = Lieve /Elem.minori di TART	2 = Moderato: TART evidente (in particolare R e T) +/- sintomatica	3 = Severo ,T.A.R.T. importante (in particolare R - T)												
						☐ TART non svolta	Gravita'				Disfunzione Somatica / Altro	OMT		Metodo di trattamento	Risposta			
	TTT	T.	A.	R.	T.	Regione	0	1	2	3	MS/FS/ /SNF/LF/CV/RESP/GU/FAS/ etc.	si	no	(Cerchiare metodo usato)	R	M	I	A
*1						Testa Viso	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Collo	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*2						Toracica T1-4	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						T5-9	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						T10-12	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Coste	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Lombare	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Sacro / Iliaca	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Sinfisi Pubica	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Addome / altro	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*3						Arto Dx	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*4						superiore Sn	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*5						Arto Dx	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*6						inferiore Sn	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐

SEZIONE II

Valutazione prima del trattamento Prima visita ☐ Risolto ☐ Migliorato ☐ Invariato ☐ Aggravato ☐

A(Accertamento)

N Disf	Diagnosi Scritta	Codice ICD	N Disf.	Diagnosi Scritta	Codice ICD	N Disf.	Diagnosi Scritta	Codice ICD
				DS testa e faccia	739.0		DS Sacro	739.4
				DS collo	739.1		DS Pelvi	739.5
				DS toracico	739.2		DS Addome/altro	739.9
				DS coste	739.8		DS Arti sup.	739.7
				DS lombare	739.3		DS Arti inf.	739.6

SEZIONE III

P Farmaci: FKT

Attivita' motoria: Altro:

Consigli nutrizionali:

SEZIONE IV

Minuti con il paziente : ☐ 10 ☐ 15 ☐ 25 ☐ 40 ☐ 60 ☐ >60 **Seduta suc.:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 **Unita':** ☐ G ☐ S ☐ M ☐ A ☐ SNN

Complessita /Valut. / piano (punteggio)

Problemi
- Autorisolutivo 1 (2max)
- Stabilizzato-Migliorato 1
- Stabilizzato-Peggiorato 2
- Nuovo senza sintomi associati 3 (1 max.)
- Nuovo con sintomi o paraneoplasici 3 (1 max.)

Livello I	Livello II	Livello III	Livello IV	Livello V
-------	≤1 pt.	2 pt.	3 pt.	≥4 pt.
	☐	☐	☐	☐

Inserire solo 2 delle 3 voci elencate (problemi/rischio/dati)

Rischi che si presentano in diagnostica ,opzioni di gestione
- Minimo = Min
- basso
- Moderate = Mod.
- Alto

Livello I	Livello II	Livello III	Livello IV	Livello V
-------	Min.	basso	Mod.	alto
	☐	☐	☐	☐

Livello di complessita' media delle 3 categorie registrate

Dati	maxpunteggio
Laboratorio	1
Radiologia	1
Medicina	1
Confronto con lo specialista	1
Documenti o storia medica	1
Rassegna documenti/confronto con lo specialista	1
Visualizzazione tracciato, campione	2

-------	≤1 pt.	2 pt.	3 pt.	≥4 pt.
	☐	☐	☐	☐

SEZIONE V

Metodo classico - codifica componenti

La media dei tre livelli equivale al livello finale della prestazione

		I	II	III	IV	V
Sintesi		I	II	III	IV	V
Livello di MS		I	II	III	IV	V
Complessita /valutazione / Piano	-------		II	III	IV	V
Livello finale della prestazione	☐	☐	☐	☐	☐	

Metodo Opzionale - Codifica temporale

Cerchiare il tempo totale e il tempo di consulenza/ coordinamento piu' una breve descrizione degli argomenti

	I	II	III	IV	V
Nuovi pazienti (minuti)	10	20	30	45	60
pazienti in trattamento (minuti)	-------	10	15	25	40
Livello finale della prestazione	☐	☐	☐	☐	☐

OMT eseguito come sopra : 0 aree ☐ 1-2 aree ☐ 3-4 aree ☐ 5-6 aree ☐ 7-8 aree ☐ 9-10 aree ☐

SEZIONE VI

Altre procedure effettuate: Codice CPT : _____ Prescrizioni _____ _____

Codice V/G Nuovo ☐ ☐ ☐ ☐ **Paziente** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Visita di** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Utilizzare 992 ... 02 03 04 05 in trattamento 11 12 13 14 15 consultazione 41 42 43 44 45

Firma del trascrittore : _____ Firma dell'esaminatore: _____

Funded by a grant from the Bureau of Research. © 2002 American Academy of Osteopathy
Designed to coordinate with the Initial Outpatient Osteopathic SOAP Note Form Recommended by American Association of Colleges of Osteopathic Medicine

Modulo Osteopatico Ambulatoriale di annotazione SOAP – Follow-up

Introduzione:

Il seguente modulo osteopatico ambulatoriale "SOAP" è stato sviluppato dal comitato di Ricerca dell'Accademia americana di Osteopatia "Louisa Burns" nell'ambito di una borsa di studio dell' American Osteopathic Association. Si raccomanda tale modulo standardizzato, valido e di facile utilizzo, per la ricerca e la formazione nella professione osteopatica.

Istruzioni per l'uso:

Tutta la stampa o la scrittura devono essere leggibili a chiunque, altrimenti la registrazione è inutile. Annerire le caselle opportune. I dati possono essere raccolti e analizzati da un computer. Il modulo può essere ulteriormente integrato. Lasciare vuoto lo spazio o compilare la casella "non eseguito", se non sono stati raccolti i dati per una certa sezione. Tutte le definizioni sono state ottenute dal libro CPT (Current Procedural Terminology – Terminologia Procedurale Corrente) e il Glossario di terminologia osteopatica. I titoli sono presentati e organizzati come appaiono sul modulo, cominciando dall'angolo superiore sinistro e continuando in basso a destra. Il testo in grassetto in questo Manuale d'uso, corrisponde a quello presente nel modulo. .

Pagina1 di 2 "S" Dati soggettivi e "O" Dati oggettivi

Sezione I: Identificazione del paziente e Segni Vitali

Nome del paziente: Scrivere nome e cognome del paziente.

Data: consente di immettere la data della visita. Utilizzare il seguente formato per tutte le date: giorno / mese / anno.

Sesso: riempire la casella con **Maschio** o **Femmina** in base al sesso del paziente.

Età: Scrivere l'età del paziente in anni. Se è un bambino, in giorni fino a 1 mese, in mesi fino ad 1 anno.

Segni Vitali: Scrivere i segni vitali corrispondenti sulle linee previste. Tre (3) dei sette (7) elencati sono necessari per soddisfare i requisiti di un esame completo. I sette sono: 1. **Peso** (in kg), 2. **Altezza** (in cm), 3. **Temp**. (Temperatura in gradi Celsius), 4. **Resp**. (respiri al minuto), 5. **Pulsazion**i (batt/l min) e se è regolare (**Reg.**) o irregolare (**Irreg**.), 6. **PA** (pressione arteriosa) **In piedi**, **seduti**, e 7 **PA supini**. Se una misura non è stata presa, lasciare lo spazio vuoto.

I riquadri **Studio di**: e **per solo uso studio**: possono essere utilizzati per il monitoraggio di uno studio di ricerca, archivio, ecc.

Sezione II: "S" Dati soggettivi

S: parte soggettiva del **S**OAP.

Scala Analogica per il dolore riferito: al paziente viene chiesto di inserire un segno da 0 a 10 sulla scala analogica che indichi il grado di dolore che egli ha al momento della visita.

I pazienti sono istruiti in questo modo: "Se ha non ha dolore (**Nessun Dolore**), mettere un segno all'estrema sinistra. Se invece è il peggiore dolore che ha mai vissuto (**Massimo Dolore**), segnarlo all'estremo lato destro.

Indicare dove il dolore è in questo momento". Se il paziente non ha dolore o l'informazione non è stata ottenuta, compilare la casella "**Non eseguito**".

MC sta per **Motivo** di **Consultazione**, una concisa descrizione dei sintomi, del problema, condizione, diagnosi o altri fattori che sono il motivo di consultazione. Il **MC** di solito è riportato nelle parole del paziente. Scrivere il **MC** nello spazio accanto alla sezione "farmaci".

AMC Sta per **Anamnesi** del **Motivo** di **Consultazione** una descrizione cronologica dello sviluppo della malattia attuale del paziente, dal primo segno e/o sintomo ad oggi. Cioè comprende la descrizione della malattia attuale del paziente, dal primo segno e / o sintomo ad oggi. Ciò comprende la descrizione della localizzazione, qualità, gravità, dei fattori di durata, la cronologia, il contesto, Sintomi associati e fattori condizionanti, relativi all'MC. Scrivere l'**AMC** nello spazio accanto alla sezione Farmaci e spuntare le voci alla destra della sigla AMC. L'AMC potrebbe anche includere la presenza di 3 o più condizioni croniche o silenti.

SMFS sta per **Storia Medica**, **Familiare** e **Sociale.** La **Storia Medica** è una revisione delle esperienze passate del paziente, che include malattie, infortuni, e trattamenti, e contiene importanti informazioni su: precedenti malattie e incidenti, operazioni, ricoveri, allergie, stato di immunizzazione in base all'età (bambini), e alimentazione / status alimentare.
La **Storia Familiare** è una sequela degli eventi sanitari del paziente, che include informazioni significative su: lo stato di salute o causa di morte dei genitori, fratelli, e figli; specifiche malattie legate ai problemi

individuati nell' MC o nell'SMFS, ereditati o potenzialmente rischiosi per il paziente. La S**toria Sociale** è una revisione delle attività passate e presenti in rapporto all'età, che include informazioni significative circa: lo stato civile e/o la sistemazione, occupazione attuale, la storia professionale, l'uso di droghe, alcool e tabacco, il livello di istruzione, la storia sessuale e altri rilevanti fattori sociali. Scrivere la **SMFS** nello spazio

RS sta per **Revisione Sistemica** pertinente al motivo di consultazione, che si ottiene attraverso una serie di domande per individuare segni e/o sintomi che il paziente può aver sperimentato o vissuto. La RS è una guida per i criteri necessari a giustificare la valutazione e gestione del codice CPT nella sezione soggettiva. Ai fini del CPT, è stata identificata la seguente revisione sistemica: Sintomi costituzionali, Occhi, Orecchie/Naso/Bocca/Gola, Cardiovascolari, Respiratori, GI (Gastrointestinali), GU (Genito-Urinari), Muscoloscheletrici, Tegumentari, Neurologici, Psichiatrici, Endocrini, Ematologico/Linfatici e Allergico/Immunologici. La revisione sistemica contribuisce a definire il problema,chiarire la diagnosi differenziale, individuare test necessari, o può servire come dato di riferimento per altri sistemi che potrebbero essere influenzati da qualsiasi altra gestione. Scrivere la **RS** nello spazio aperto accanto alla sezione farmaci e spuntare le voci alla destra della sigla RS.

Farmaci: scrivere dosaggio, via e frequenza di somministrazione

Livello: AMC: una tabella per i criteri necessari a giustificare la valutazione e gestione del codice CPT nella sezione soggettiva.
Cerchiare il numero romano corrispondente. I numeri romani stabiliscono il livello della visita ambulatoriale nel quale si qualifica il paziente. Nel codice, un livello **II** (9921212) o **III** (99213), richiede da **1-3 voci** dell' **AMC**. Un livello **IV** (99214) o **V** (99215) richiede almeno **4** o più voci (>**4**) dell' **AMC** o la presenza di almeno 3 malattie croniche.

Livello: RS: I numeri romani stanno per il livello della visita ambulatoriale nel quale si qualifica il paziente. Un livello **II** (99212) non richiede **RS (no)**. Il livello **III** (99213) richiede **1 RS** pertinente al problema. Il livello **IV** (99214) richiede da **2-9 RS**. Il livello **V** (99215) almeno **10**, >**9 RS**. Cerchiare il numero romano che si applica.

Livello: SMFS: I numeri romani stanno per il livello della visita ambulatoriale nel quale si qualifica il paziente. I livelli **II** (99212) e **III** (99213) non richiedono la presenza di spazi. Il livello **IV** (99214) richiede lo spazio di **1 SMFS**. Il livello **V** (99215), almeno >**2 SMFS**. Cerchiare il numero romano corrispondente.

SINTESI: Annerire il rettangolo che indica il livello **medio**, determinato dai livelli di **AMC**, **RS** o **SMFS** forniti. Un livello **II** prevede **1-3 AMC**. Un livello **III** prevede **1-3 AMC** e **1 RS**. Un livello **IV** comprende **>4 AMC**, **2-9 RS** e **1 SMFS**. Un livello **V** comprende **>4 AMC**, **>9 RS** e **>2 SMFS**

<u>Sezione III: "O" Obiettiva</u>

O: Parte Obiettiva del modulo S**<u>O</u>**AP. In questa sezione sono registrati i risultati dei test per ogni area/sistema dell'**E**same **G**enerale **M**ulti-**S**istemico (**GMS**). Essi includono: Costituzionale, Visivo, ORL (orecchie/naso/bocca/gola), collo, cardiovascolare, respiratorio, toracico (seno), gastrointestinale (addome), genito-urinario, linfatico, muscolo-scheletrico, tegumentario, neurologico e psichiatrico. La tabella che segue a pagina 2 di 2 permette di documentare e registrare specifiche funzioni somatiche del sistema muscolo-scheletrico.

APR: Allineamento **P**unti di **R**epere. Il diagramma può essere usato per indicare l'altezza dei punti di repere: i processi mastoidei, le spalle, gli angoli inferiori delle scapole, le creste iliache, e i confini superiori del grande trocantere.

Livello di GMS: una tabella dei criteri necessari a giustificare la valutazione e gestione del codice CPT nella sezione **<u>O</u>**biettiva. Vedi il libro CPT per i dettagli e le definizioni degli elementi. Annerire il rettangolo che rappresenta il livello che si applica.

- **II** **1-5 elementi:** Per un livello **II** (99212) è Necessario aver individuato da uno a cinque elementi in un area/sistema dell'elenco.
- **III** **>5 elementi:** Per un livello **III** (99213) è necessario avere almeno sei elementi in un area/sistemadell'elenco.
- **IV** **>2 elementi in almeno sei aree o >12 elementi in almeno 2 aree:** Per un livello **IV** (99214) è necessario avere esaminato almeno due elementi in sei aree/sistemi o almeno dodici elementi individuati in due o più aree/sistemi dell'elenco.
- **V** **>2 elementi in ogni area:** Per un livello **V** (99215) è necessario riscontrare elementi in almeno nove sistemi di organi o aree del corpo e documentare minimo due elementi in ognuna.

Da notare che per l'esame dell'apparato muscolo-scheletrico (**Tabella Sistema Muscolo-Scheletrico**), le sei aree sono: (1) testa, viso e collo; (2) colonna vertebrale, costole e bacino; (3) arto superiore destro; (4) arto superiore sinistro; (5) arto inferiore destro; (6) arto inferiore sinistro.

Attenzione: Per un accurato livello di esami, tutti e quattro gli elementi **TART** devono essere eseguiti e documentati per ciascuna delle sei aree anatomiche, più l'esame di deambulazione e statica e di ispezione e/o palpazione delle dita e delle unghie. Ogni elemento della **TART** deve essere

conteggiato separatamente. Ad esempio la valutazione del range di movimento di due estremità costituisce due elementi.

Firma dell'esaminatore: La firma del terapeuta è obbligatoria. Inoltre anche il trascrittore dovrebbe firmare.

Pagina 2 di 2 "O" Dati Obiettivi (continuazione): "A" Accertamento e "P" Piano

Sezione I: Nome del Paziente e Data

Nome del Paziente: Scrivere nome e cognome del paziente.

Data: Consente di immettere la data della visita del paziente (giorno/mese/anno).

I riquadri **studio di:** e **per solo uso studio:** possono essere utilizzati per il monitoraggio di uno studio di ricerca, archivio, ecc.

Sezione II: Dati Obiettivi (continuazione): Tabella Sistema Muscolo-Scheletrico

Parametri utilizzati: Tracciare una linea obliqua attraverso la casella che indica i parametri utilizzati per l'esame (**T, A, R, T**). Incluso nella definizione di questi componenti sono i criteri necessari alla codifica in ogni zona del corpo.

- **TTT:** Indica che tutti i criteri **TART** sono stati utilizzati per esaminare una regione.
- **T:** **Cambiamento Tissutale**, compattezza, lassità, versamenti, tono.
- **A:** **Asimmetria**, disallineamento, crepitii, difetti, masse **.**
- **R:** **Range-of-motion**, grado di movimento, contrattura.
- **T:** Alterata sensibilità **(tenderness**).

Barrare le caselle è un indicazione di massima rispetto alla descrizione completa nella sezione **Disfunzione Somatica**/**Altro** di questa tabella.

Regione: Una lista delle regioni muscolo-scheletrico del corpo, ordinate in base alle richieste di documentazione d'esame CPT. Esse includono: ***1. Testa e Viso** e **Collo**; ***2.** Colonna (**Toracica, Coste, Lombare, Sacro/Iliaca, Sinfisi Pubica**, **Addome/altro**; ***3. Arto Superiore Destro**; ***4. Arto Superiore Sinistro**; ***5. Arto Inferiore Destro**; e ***6. Arto Inferiore Sinistro**. La regione toracica è suddivisa in tre parti in base ai livelli vertebrali specifici di innervazione: **T1-4**, **T5-9** e **T10-12**. Questo serve alle possibili interrelazioni tra i risultati del sistema muscolo-scheletrico e un coinvolgimento del sistema viscerale.

Livello di Gravità: Questa sezione si riferisce alla severità della disfunzione somatica in una regione. [Nessuna (**0**), lieve (**1**), moderata (**2**), grave (**3**)]

Annerire il rettangolo corrispondente, per ogni regione in esame. Per le regioni che non sono state valutate, lasciare il rettangolo vuoto.

Se un rettangolo **non è segnato** in una regione, si presume che quella regione **non è stata esaminata**. Per le regioni esaminate, la scala è la seguente:

0 Nessuno	No disfunzione somatica presente o silente.
1 Lieve	Più che silente, elementi minori di **TART**.
2 Moderato	**TART** evidenti, in particolare **R**ange di movimento (**R**) e/o cambiamento del **T**essuto (**T**), può essere o non essere apertamente sintomatico.
3 Severo	Ci sono lesioni osservabili, significative, sintomatiche; spiccano elementi di **R** e/o **T** individuabili con una ricerca minima o provocazione.

(Nella parte superiore della tabella c'è una legenda **Livello di Gravità**, di rapida consultazione)

Disfunzione Somatica/Altro: Disfunzione Somatica si definisce alterata o alterazione della funzione delle componenti relative al sistema somatico: scheletrico, articolare, miofasciale, vascolare, linfatico e neurologico. In questa sezione per ciascuna regione valutata, scrivere le disfunzioni somatiche, tra cui le componenti muscolo-scheletriche (**MS**), del sistema nervoso simpatico (**SNS**), del sistema nervoso parasimpatico (**SNP**), linfatiche (**LF**), cardiovascolari (**CV**), respiratorie (**RESP**), gastrointestinali (**GI**), fasciali (**FAS**), ecc. Utilizzare la terminologia standard. Se i rettangoli sotto **TART** sono anneriti non è necessario scrivere nulla qui ai fini della codifica, tuttavia, questa sezione è utile per la registrazione di note per uso personale.

OMT: Compila il rettangolo **Sì** per ogni regione in cui è stato eseguito un Trattamento Manipolativo e/o Osteopatico (OMT). Compila il rettangolo **No** se sulla regione in esame non è stato eseguito l'OMT. Nota: per ogni regione trattata, devono essere compilate le caselle del **Metodo di Trattamento** e **Gravità** (1, 2 o 3) per quella regione del corpo esaminata.

Metodo di Trattamento: Qui elencati ci sono le abbreviazioni delle tecniche del trattamento manipolativo osteopatico approvate dalla professione ed incluse nel Glossario della Terminologia Osteopatica per il trattamento delle disfunzioni somatiche elencate in precedenza. Cerchiare la sigla che corrisponde alla tecnica usata per trattare ogni regione.

- **ART:** tecniche articolatorie
- **BLT:** bilanciamento delle tensioni legamentose
- **CR:** craniale
- **CS:** counterstrain (tecnica di Jones)
- **DIR:** diretta

HVLA: alta velocità / bassa ampiezza (thrust)
IND: indiretta
INR: rilascio neuromuscolare integrato
ME: energia muscolare
MFR: rilascio miofasciale
ST: trattamento tessuti molli
VIS: viscerale

Risposta: Compila uno di questi rettangoli per ogni regione disfunzionale trattata con OMT. Questa è la percezione dell'osteopata di come le disfunzioni somatiche di ogni regione hanno risposto al Trattamento Osteopatico immediatamente dopo il trattamento. I rettangoli indicano ciò che segue:

R: La disfunzione somatica è completamente **R**isolta come se non fosse mai stata presente.
M: La disfunzione somatica è **M**igliorata ma non completamente risolta.
. **I:** La disfunzione somatica è rimasta **I**nvariata o uguale a come era prima del trattamento.
A: La disfunzione somatica è peggiorata o **A**ggravata subito dopo il trattamento.

Valutazione prima del Trattamento: Questo è il parere generale del terapeuta, della condizione del paziente sulla base dei risultati obiettivi della visita/e precedente/i al trattamento:

Prima visita: Se questa è la prima visita del paziente per un problema articolare, annerire il rettangolo **Prima visita.**

Risolto: Se il problema per cui è stata richiesta una visita di controllo è stato risolto, annerire il secondo rettangolo, **Risolto**. Esempio: se un paziente si presenta per un controllo di un problema muscolo-scheletrico, riempire il rettangolo **Risolto** implica che è stata valutata la regione della precedente disfunzione somatica, senza aver trovato anomalie, e che dunque avete compilato lo **0** (zero) nella colonna rettangolo di gravità per quella regione nella Tabella Muscolo-Scheletrico.

Migliorato: Se il problema per cui è stata richiesta una visita di controllo è migliorato, ma non del tutto risolto, segnare il rettangolo **Migliorato**.

Invariato: Se il problema per cui è stata richiesta una visita di controllo non è diverso o del tutto invariato rispetto alla visita precedente, segnare il rettangolo **Invariato.** Ciò implica che, per un problema muscolo-scheletrico la gravità generale dei risultati complessivi somatici, è simile a quella dell'ultima visita. Questo potrebbe valere anche se si valuta o consulta un paziente in una sola visita, ma non comporta un trattamento in quella visita.

Aggravato: Se il problema per cui è stata richiesta una visita di controllo è peggiore di quanto non fosse all'ultima visita, segnare il rettangolo **Aggravato**. Questo potrebbe verificarsi per un problema muscolo-scheletrico, se non è stato iniziato nessun trattamento durante la visita preliminare, il paziente ha fatto qualcosa per aggravare la sua condizione, o ha avuto una complicazione o un effetto collaterale al trattamento ricevuto nell'ultima visita. Si riferisce alla condizione del paziente nella visita in corso, ma non se il paziente ha avuto un risentimento tardivo dall'ultimo trattamento. Queste informazioni possono essere evidenziate nella parte **S**oggettiva (che si trova a pagina 1 di 2).

Sezione III: "A" Accertamento

A: per la parte di accertamento del SO**A**P

N disf (gerarchia disfunzionale): Scrivere nella colonna i numeri corrispondenti alla **priorità disfunzionale,** sapendo che "1" indica la disfunzione più grave in assoluto, o relativa alla visita odierna.

Diagnosi scritta: Scrivere su questa linea la descrizione per ognuno dei vostri codici ICD, se non già elencati.

Codice ICD: Scrivere su questa linea il codice ICD (International Classification of Diseases – Classificazione Internazionale delle Malattie) che corrisponde alla diagnosi, se non è stato già scritto.

Nota: La diagnosi della disfunzione somatica scritta e codici ICD sono stati inseriti per convenienza. Solo il numero di proprietà di diagnosi deve essere aggiunto, se necessario.

Sezione IV: "P" Piano

P: per la parte di pianificazione del modulo SOA**P**

Farmaci: Elencare in questo spazio tutti i farmaci che sono stati prescritti o i nuovi che si prenderanno dopo la visita. Dosaggio, posologia, somministrazione, rischi, benefici ed effetti collaterali possono essere qui elencati.

Attività Motoria: Elencare in questo spazio gli esercizi fisici che si desidera che il paziente continui o da aggiungere al trattamento e se essi sono stati discussi, insegnati, o dati come dispense.

Consigli Nutrizionali: Elencare in questo spazio qualsiasi raccomandazione dietetica, data o che si darà al paziente.

FKT: Elencare in questo spazio qualsiasi modalità di terapia riabilitativa che il paziente riceve attualmente, ha ricevuto in studio, o che si raccomanda di ricevere o fare.

Altro: Elencare in questo spazio tutto ciò che non rientra in nessuna delle altre categorie. Per esempio, la consulenza potrebbe rientrare in questa sezione. Se il 50% o più del vostro tempo trascorso con il paziente è stato speso in consulenze o ad educare il paziente,

elencare gli argomenti discussi, i dettagli che sono stati inclusi, i volantini o il materiale educativo fornito, e i riferimenti che sono stati dati.

Minuti con il Paziente: Annerire la casella che corrisponde alla quantità di tempo speso con il paziente e/o la famiglia durante la visita (10, 15, 25, 40, 60, >60 minuti) che corrispondono alle unità di tempo nel libro CPT. Scegli la casella che meglio si adatta al tempo totale.

.

Seduta successiva & Unità: Annerire il rettangolo che corrisponde a quando si desidera ricevere il paziente; è necessario indicare sia il numero che l'**Unità**. Ad esempio: per una visita tra un mese, annerire la casella "**1**" ed il rettangolo con sotto la "**M"** (mese). Le abbreviazioni delle **Unità** sono le seguenti: **G** (giorni), **S** (settimana), **M** (mese) **A** (anno), e **SN** (secondo necessità).

<u>Sezione V: Determinazione della codifica per la Valutazione e Gestione del paziente</u>

Complessità/Valutazione/Piano (punteggio): Solo due delle seguenti tre categorie (**problemi**/**rischi**/**dati**) sono necessarie per una visita. Si noti che ci sono cinque livelli e quattro rettangoli sotto l'elenco per ogni categoria. Sommare il totale dei punti guadagnati da ogni categoria. Registrare il totale per ogni categoria annerendo il rettangolo appropriato sotto uno dei quattro livelli. Il livello totale di complessità è la media delle aree incluse (**problemi**/**rischi**/**dati**).

Problemi: Trovare i criteri pertinenti alla visita. Questi problemi potrebbero essere **Autorisolutivo**, **Stabilizzato-migliorato**, **Stabilizzato-peggiorato**, **Nuovo senza sintomi associati**, **Nuovo con sintomi o parametri associati.** Aggiungere punti o il numero di problemi che si adattano a questo paziente in ogni categoria. Trovare il **livello** dei problemi ponendo il totale punti in uno dei quattro livelli e annerire la casella corrispondente.

Rischi: Trovare i criteri pertinenti alla visita. Questi potrebbero essere **Minimo, Basso, Moderato** o **Alto** sulla base dei problemi che si presentano in diagnostica e opzioni di gestione. Trovare il **livello** di rischio in uno dei quattro livelli e annerire il rettangolo del caso. L'OMT è a basso rischio (livello III).

Dati: Trovare i criteri pertinenti alla visita. Questo potrebbe essere **Laboratorio, Radiologia, Medicina, Confronto con lo specialista,** ottenere **Documenti o storia medica, Rassegna documenti/confronto con lo specialista** o **Visualizzazione tracciato, campione.** Raccogliere i dati ponendo il totale dei punti assegnati in uno dei quattro livelli e annerire la casella corrispondente.

Codifica secondo i Componenti:

Per ogni **Sintesi**, **livello di GMS**, e **Complessità** / **Valutazione / Piano**, mettere un cerchio attorno al livello appropriato. Poi annerire il rettangolo nel **Livello finale della prestazione** che denota la media delle tre categorie registrate.

Codifica in base al Tempo:

Quando la maggioranza delle visite (50% o più) è di consulenza / coordinamento, il **livello finale della prestazione** è determinato dal tempo totale trascorso con il paziente. Nuovi pazienti (minuti) – 10, 20, 30, 45, 60; pazienti in trattamento (minuti) – 10, 15, 25, 40. Assicurarsi di scrivere una breve descrizione degli argomenti trattati e di annerire il rettangolo opportuno ch e corrisponde al tempo totale trascorso con il paziente.

<u>Sezione VI: Finale V / G e CPT di codifica</u>

OMT eseguito come sopra: Compila il rettangolo del numero di regioni con disfunzione somatica che sono state trattate. Nota: Questo numero dovrebbe corrispondere al numero di caselle **Sì** nella sezione OMT, e il numero di caselle nella sezione **gravità** contrassegnati con 1, 2 o 3 della tabella muscolo-scheletrica in questa pagina. I rettangoli sono definiti come segue:

0 aree: Le regioni in disfunzione somatica non sono state trattate con OMT.

1-2 aree: Trattate una o due regioni in disfunzione somatica con OMT.

3-4 aree: Trattate con OMT tre o quattro regioni in disfunzione somatica.

5-6 aree: Trattate dalle cinque alle sei regioni in disfunzione somatica con OMT.

.

.

7-8 aree: Trattate dalle sette alle otto regioni in disfunzione somatica con OMT.

.

9-10 aree: Trattate dalle nove a dieci regioni in disfunzione somatica con OMT.

.

Altre Procedure Effettuate: Negli spazi previsti, scrivere **Codici CPT** e **Prescrizioni** per ogni procedura eseguita diversa dall'OMT.

Codice V/G: Annerire il rettangolo corrispondente al codice di **V**alutazione e di **G**estione per il livello finale della prestazione. Per una visita nuovo paziente (**Nuovo**) utilizzare 992**02**, 992**03**, 992**04**, 992**05**. Per un **paziente in trattamento** utilizzare 992**11**, 992**12**, 992**13**, 992**14**, 992**15**. Per una **Visita di consultazione** utilizzare 992**41**, 992**42**, 992**43**, 992**44**, 992**45**.

.

Firma dell’esaminatore: La firma del terapeuta è obbligatoria. Inoltre, è opportuno che firmi anche l’eventuale trascrittore.

Modulo SOAP - Follow - up (ESEMPIO)

wak SOAP Follow-up version 2:011403b

Nome del paziente TANIA ROSSI Data 1/1/11 Sesso: maschile ☐ Femminile ■

Eta' 25 * Segni vitali (3 of 7) Peso 59 Kg H : 1,80 Temp. 36,6°

Reg. ■

Resp. 20 Pulsazioni 80 Irreg. ☐ In piedi _____ Seduto 120/80 Supino _____

Studio di:	
per solo uso studio	

S **Scala analogica del dolore del paziente:** ☐ **non eseguito**

STOMACO

Nessun dolore ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ Dolore massimo

MC: AMC: (localizzazione,qualita',gravita', durata, cronologia, contesto, sintomi associati e fattori condizionanti) ✓

SMFS: RS: (Costituzione fisica, occhi, orecc/naso/bocca/gola/, Cardiovascolare, Respiratorio, GI, GU, Musculoscheletrico, tegumentario, Neurologico, Psichiatrico, Endocrino, Ematologico/Linfatico, Allergico/Immunologico)

Farmaci:

NORFLEX 100 mg
mattino/sera

MAL di STOMACO insorto 2 giorni fa
dolore acuto epigastrico centrale
migliora a riposo e dopo i pasti
Φ NAUSEA / VOMITO
leggero mal di schiena
Φ Radiografie
vomitata x 1 g. dopo l'ultimo OMT
Insonne disturbato per il dolore

Livello: AMC

II	1-3AMC
III	1-3 AMC
IV	>4 AMC
V	>4 AMC

Livello RS

II	No
III	1 RS
IV	2-9 RS
V	>9 RS

Livello SMFS

II	Nessuno
III	Nessuno
IV	1 SMFS
V	>2 SMFS

Sintesi = media AMC, RS e SMFS ☐ **II** (1-3 AMC) ☐ **III** (1-3 AMC, 1 RS) ■ **IV** (> 4 AMC, 2-9 RS, 1 SMFS) ☐ **V** (>4 AMC, >9 RS, >2 SMFS)

O

ADDOME - EPIGASTRIO DOLENTE - pulsaz. BORBORIGMI
Φ MASSE
forza muscolare 5/5

Livello di GMS

☐	II	1-5 elementi
☐	III	> 5 elementi
■	IV	> 2 in almeno 6 aree o > di 12 in 2
☐	V	> 2 elementi in ogni area

Firma del trascrittore : TM L Firma dell'esaminatore _____

Funded by a grant from the Bureau of Research. © 2002 American Academy of Osteopathy.
Designed to coordinate with the Initial Outpatient Osteopathic SOAP Note Form. Recommended by American Association of Colleges of Osteopathic Medicine.

Modulo SOAP - Follow up (ESEMPIO)

studio di:	
per solo uso studio	

Nome del paziente TANIA ROSSI Data 1/11/'14

O (segue)

Parametri utilizzati — **Livello di gravita':** 0 = no DS o Silente (S); 1 = Lieve /Elem.minori di TART; 2 = Moderato: TART evidente (in particolare R e T) +/- sintomatica; 3 = Severo ,T.A.R.T. importante (in particolare R - T)

☐ TART non svolta

	TTT	T.	A.	R.	T.	Regione	Gravita' 0	1	2	3	Disfunzione Somatica / Altro (MS/SNS/SNP/LF/CV/RESP/GI/FAS/ etc.	OMT si	no	Metodo di trattamento (Cerchiare metodo usato)	Risposta R	M	I	A
*1				/		Testa Viso	☐	■	☐	☐		☐	■	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
	/					Collo	☐	☐	■	☐	C2 FSRsx	■	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	■	☐	☐
	/					Toracica T1-4	☐	☐	☐	■	T3 FSRsx	■	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	■	☐	☐
	/					T5-9	☐	☐	☐	■	T5 FSRdx T7 FSRsx	■	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	■	☐	☐
						T10-12	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*2				/		Coste	☐	☐	■	☐	STRAIN MIOFASCIALE	■	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	■	☐	☐	☐
	/					Lombare	☐	■	☐	☐		☐	■	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
	/					Sacro/ Iliaca	■	☐	☐	☐		☐	■	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Sinfisi Pubica	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
		/		/	/	Addome / altro	☐	☐	☐	■	ginnastica G/E, piccola cervicale	■	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	■	X	☐
*3						Arto Dx	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*4						superiore Sn	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*5		/		/		Arto Dx	☐	☐	☐	■	TFL sensibile	■	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	■	☐	☐	☐
*6		/		/		inferiore Sn	☐	☐	☐	■	TFL sensibile	■	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	■	☐	☐	☐

Valutazione prima del trattamento Prima visita ■ Risolto ☐ Migliorato ☐ Invariato ☐ Aggravato ☐

A(Accertamento)

N Disf	Diagnosi Scritta	Codice ICD
1	contusione ACUTA	535.00
2	STRAIN TORACICO	847.1

N Disf.	Diagnosi Scritta	Codice ICD
	DS testa e faccia	739.0
5	DS collo	739.1
3	DS toracico	739.2
7	DS coste	739.8
	DS lombare	739.3

N Disf.	Diagnosi Scritta	Codice ICD
	DS Sacro	739.4
	DS Pelvi	739.5
4	DS Addome/altro	739.9
	DS Arti sup.	739.7
6	DS Arti inf.	739.6

P Farmaci: PRILOSEC 20mg FKT impacchi caldi x 15 min x combeo tissutale zone cervicale / toracica

Attivita' motoria: cervicalizzare spalle Altro: supporto emotivo (5 min)

Consigli nutrizionali: DIETA bilanciata

Minuti con il paziente : ☐ 10 ☐ 15 ■ 25 ☐ 40 ☐ 60 ☐ >60 Seduta suc.: ■ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 Unita': ☐ G ■ S ☐ M ☐ A ☐ SSN

Complessita /Valut. / piano (punteggio)

Problemi
Autorisolutivo 1 (2max)
Stabilizzato-Migliorato 1
Stabilizzato-Peggiorato 2
Nuovo senza sintomi associati 3 (1 max.)
Nuovo con sintomi o parametri associati 3 (1 max.)

Inserire solo 2 delle 3 voci elencate (problemi/rischio/dati)
Rischi che si presentano in diagnostica ,opzioni di gestione
Minimo = Min
Moderate = Mod
Alto

Livello di complessita' media delle 3 categorie registrate

Dati	maxpunteggio	
Laboratorio	1	
Radiologia	1	1
Medicina	1	1
Confronto con lo specialista	1	1
Documenti o storia medica	1	
Rassegna documenti/confronto con lo specialista	1	1
Visualizzazione tracciato, campione	2	

Livello I	Livello II	Livello III	Livello IV	Livello V
------	≤1 pt.	2 pt.	3 pt.	≥4 pt.
☐	☐	☐	■	☐

Livello I	Livello II	Livello III	Livello IV	Livello V
-------	Min.	basso	Mod	alto
☐	☐	☐	■	☐

	≤1 pt.	2 pt.	3 pt.	≥4 pt.
-------	☐	☐	☐	☐

Metodo classico - codifica componenti

La media dei tre livelli equivale al livello finale della prestazione

	I	II	III	IV	V
Storia	I	II	III	IV	V
Esame	I	II	III	IV	V
Complessita' /valutazione / Piano	------	II	III	IV	V
Livello finale della prestazione	☐	☐	☐	■	☐

Metodo Opzionale - Codifica temporale

Cerchiare il tempo totale e il tempo di consulenza/ordinamento piu'una breve descrizione degli argomenti

	I	II	III	IV	V
Nuovi pazienti (minuti)	10	20	30	45	60
pazienti in trattamento (minuti)	------	10	15	25	40
Livello finale della prestazione	☐	☐	☐	☐	☐

OMT eseguito come sopra : 0 aree ☐ 1-2 aree ☐ 3-4 aree ☐ 5-6 aree ■ 7-8 aree ☐ 9-10 aree ☐

Altre procedure effettuate: Codice CPT : 97010 97110

Diagnosi scritta: IMPACCHI ESERCIZI FISICI

Codice V/G Nuovo Utilizzare 992 . . . ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 **Paziente** in trattamento ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ■ 14 ☐ 15 **Visita di** consultazione ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45

Firma del trascrittore : _____ Firma dell'esaminatore: _____

Funded by a grant from the Bureau of Research. © 2002 American Academy of Osteopathy.
Designed to coordinate with the Initial Outpatient Osteopathic SOAP Note Form. Recommended by American Association of Colleges of Osteopathic Medicine.

10

Modulo SOAP - Follow - up

wak SOAP Follow-up version 2:011403b

Nome del paziente_____ Data _____ Sesso: maschile☐ Femminile☐

Studio di:	
per solo uso studio	

Eta' _____ * Segni vitali (3 of 7) Peso _____ Altezza____ Temp. _____

Reg. ☐

Resp. ___Pulsazioni ___ Irreg. ☐ In piedi_____ Seduto_____ Supino _____

S **Scala analogica del dolore del paziente:** ☐ **non eseguito**

Nessun dolore — Dolore massimo

MC: AMC: (localizzazione,qualita',gravita', durata, cronologia, contesto, sintomi associati e fattori condizionanti)

SMFS: RS: (Costituzione fisica, occhi, orecc/naso/bocca/gola/, Cardiovascolare, Respiratorio, GI, GU, Musculoscheletrico, tegumentario, Neurologico, Psichiatrico, Endocrino, Ematologico/Linfatico, Allergico/Immunologico)

Farmaci:

Livello: AMC

II	1-3AMC
III	1-3 AMC
IV	>4 AMC
V	>4 AMC

Livello RS

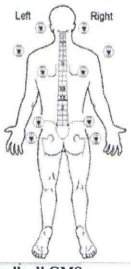
II	No
III	1 RS
IV	2-9 RS
V	>9 RS

Livello SMFS

II	Nessuno
III	Nessuno
IV	1 SMFS
V	> 2 SMFS

Sintesi = media AMC, RS e SMFS ☐ **II** (1-3 AMC) ☐ **III** (1-3 AMC, 1 RS) ☐ **IV** (> 4 AMC, 2-9 RS, 1 SMFS) ☐ **V** (>4 AMC, >9 RS, > 2 SMFS)

O



Livello di GMS

☐	II	1-5 elementi
☐	III	> 5 elementi
☐	IV	> 2 in almeno 6 aree o > di 12 in 2
☐	V	> 2 elementi in ogni area

Firma del trascrittore : _____ Firma dell'esaminatore _____

Funded by a grant from the Bureau of Research. © 2002 American Academy of Osteopathy.
Designed to coordinate with the Initial Outpatient Osteopathic SOAP Note Form. Recommended by American Association of Colleges of Osteopathic Medicine.

Modulo SOAP - Follow up

studio di:	
per solo uso studio	

Nome del paziente_____ **Data** _____

O (segue)

Parametri utilizzati						**Livello di gravita':** 0 = no DS o Silente (S); 1 = Lieve /Elem.minori di TART; 2 = Moderato: TART evidente (in particolare R e T) +/- sintomatica; 3 = Severo ,T.A.R.T. importante (in particolare R - T)								
						☐ TART non svolta	**Gravita'**				**Disfunzione Somatica / Altro**	**OMT**		**Metodo di trattamento**	**Risposta**			
	TTT	**T.**	**A.**	**R.**	**T.**	**Regione**	**0**	**1**	**2**	**3**	MS/SNS/SNP/LF/CV/RESP/GI/FAS/ etc.	**si**	**no**	(Cerchiare metodo usato)	**R**	**M**	**I**	**A**
*1						Testa Viso	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Collo	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*2						Toracica T1-4	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						T5-9	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						T10-12	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Coste	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Lombare	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Sacro/ Iliaca	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Sinfisi Pubica	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
						Addome / altro	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*3						Arto Dx	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*4						superiore Sn	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*5						Arto Dx	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐
*6						inferiore Sn	☐	☐	☐	☐		☐	☐	ART / BLT / CR / CS / DIR / HVLA IND / INR / ME / MFR / ST / VIS	☐	☐	☐	☐

Valutazione prima del trattamento Prima visita ☐ Risolto ☐ Migliorato ☐ Invariato ☐ Aggravato ☐

A(Accertamento)

N Disf	Diagnosi Scritta	Codice ICD

N Disf.	Diagnosi Scritta	Codice ICD
	DS testa e faccia	739.0
	DS collo	739.1
	DS toracico	739.2
	DS coste	739.8
	DS lombare	739.3

N Disf.	Diagnosi Scritta	Codice ICD
	DS Sacro	739.4
	DS Pelvi	739.5
	DS Addome/altro	739.9
	DS Arti sup.	739.7
	DS Arti inf.	739.6

P Farmaci: FKT

Attivita' motoria: Altro:

Consigli nutrizionali:

Minuti con il paziente : ☐ 10 ☐ 15 ☐ 25 ☐ 40 ☐ 60 ☐ >60 **Seduta suc.:** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 **Unita':** ☐ G ☐ S ☐ M ☐ A ☐ SNN

Complessita /Valut. / piano (punteggio)

Problemi
- Autorisolutivo — 1 (2max)
- Stabilizzato-Migliorato — 1
- Stabilizzato-Peggiorato — 2
- Nuovo senza sintomi associati — 3 (1 max.)
- Nuovo con sintomi o parametri associati — 3 (1 max.)

Livello I	Livello II	Livello III	Livello IV	Livelol V
------	≤1 pt. ☐	2 pt. ☐	3 pt. ☐	≥4 pt. ☐

Inserire solo 2 delle 3 voci elencate (problemi/rischio/dati)

Rischi che si presentano in diagnostica ,opzioni di gestione

Minimo = Min
basso
Moderate = Mod.
Alto

Livello I	Livello II	Livello III	Livello IV	Livello V
-------	Min. ☐	basso ☐	Mod ☐	alto ☐

Livello di complessita' media delle 3 categorie registrate

Dati	maxpunteggio
Laboratorio	1
Radiologia	1
Medicina	1
Confronto con lo specialista	1
Documenti o storia medica	1
Rassegna documenti/confronto con lo specialista	1
Visualizzazione tracciato, campione	2

------- ☐	≤1 pt. ☐	2 pt. ☐	3 pt. ☐	≥4 pt. ☐

Metodo classico - codifica componenti

La media dei tre livelli equivale al livello finale della prestazione

	I	II	III	IV	V
Sintesi	I	II	III	IV	V
Livello di SM	I	II	III	IV	V
Complessita /valutazione / Piano	-------	II	III	IV	V
Livello finale della prestaione ☐	☐	☐	☐	☐	☐

Metodo Opzionale - Codifica temporale

Cerchiare il tempo totale e il tempo di consulenal/ oordinamento piu una breve descrilone degli argomenti

	I	II	III	IV	V
Nuovi pazienti (minuti)	10	20	30	45	60
pazienti in trattamento (minuti)	-------	10	15	25	40
Livello finale della prestazione	☐	☐	☐	☐	☐

OMT eseguito come sopra : 0 aree ☐ 1-2 aree ☐ 3-4 aree ☐ 5-6 aree ☐ 7-8 aree ☐ 9-10 aree ☐

Altre procedure effettuate: Codice CPT : _____ _____ _____ _____

Prescrizione : _____ _____ _____ _____

Codice V/G Nuovo ☐ ☐ ☐ ☐ **Paziente** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Visita di** ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Utilizzare 992 . . . 02 03 04 05 in trattamento 11 12 13 14 15 consultazione 41 42 43 44 45

Firma del trascrittore : _____ Firma dell'esaminatore: _____

Funded by a grant from the Bureau of Research. © 2002 American Academy of Osteopathy.
Designed to coordinate with the Initial Outpatient Osteopathic SOAP Note Form. Recommended by American Association of Colleges of Osteopathic Medicine.