

## Case Report Form (CRF)

Nome/Cognome: \_\_\_\_\_

Sesso: F / M

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Età all'arruolamento: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

Altezza: \_\_\_\_\_ cm

### Check-list:

- Mini Mental State Examination (MMSE) score: \_\_\_\_\_
- Presenza di disturbi medici pregressi o attuali:
  - SI, specificare: \_\_\_\_\_
  - NO
- Presenza di patologie di carattere ortopedico o neurologico pregresse o attuali:
  - SI, specificare quando e cosa: \_\_\_\_\_
  - NO
- Presenza di dolore alla scala Visual Analogue Scale negli ultimi 6 mesi:
  - SI (indicare il valore: \_\_\_\_/10 e specificare in quale distretto corporeo: \_\_\_\_\_)
  - NO
- Nel caso di soggetto di sesso femminile, è in stato di gravidanza?    SI        NO
- Traumi:
  - SI, specificare quando e cosa: \_\_\_\_\_
  - NO
- Soggetto fumatore:            SI        NO
- Utilizzo di Alcol:    SI        NO

Data Arruolamento: \_\_\_\_\_

Data 1° Valutazione: \_\_\_\_\_

Data 2° Valutazione: \_\_\_\_\_