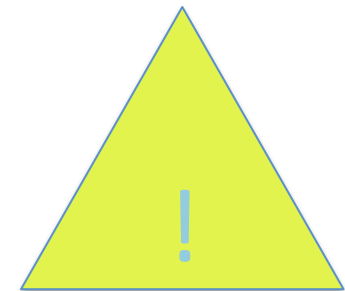
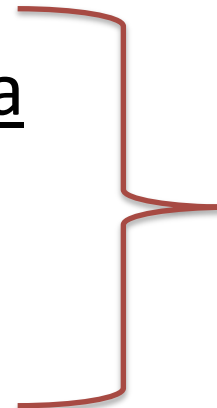


Il comportamento

- Paziente ben disposto e rilassato
- Proprietario e più propenso alla riabilitazione se il cane è rilassato
- Dobbiamo infondere fiducia garanzia di successo e qualità
- Le nostre manovre di palpazione alla ricerca di zone algiche sono più facili ;viceversa se il cane è teso...
- La paura può degenerare in aggressività
- Deve essere un esperienza piacevole
- Interpretare segnali di paura e stress e gestirli al meglio

Segnali da controllare

- Sbadigli e leccamento labbra possono essere segnali di stress.
- Postura del corpo prossemica: orecchie, corpo, espressione del viso e movimenti della coda.
- Vocalizza: - basse frequenze per allontanare
 - alte frequenze giocose a amichevoli
- Drizza il pelo su dorso e coda
- Ringhia e mostra i denti
- Lamenta



Valutazione Riabilitativa del paziente ortopedico e neurologico

FOTO E IMMAGINI da “Canine rehabilitation
and phisical therapy “ Darril L. Millis David
Levine

HISTORY

- ANAMNESI E SEGNALAMENTO
- DIAGNOSI
- PROGRESSIONE DELLA CONDIZIONE: QUANDO E' INIZIATA, QUANDO SI PRESENTA, COME CAMBIA, SE CAMBIA CON IL TEMPO, CAMBIA CON L'ESERCIZIO O CON IL RIPOSO,
- RISULTATO DI PRECEDENTI TERAPIE
- MEDICAZIONI IN ATTO
- FARMACI E DOSI
- IMPRESSIONE DEL PROPRIETARIO : DOMANDE
- HA NEOPLASIE?

DOMANDE ...

- DA QUANTO E' PRESENTE LA ZOPPIA?
- E' AUMENTATA O DIMINUITA'?
- E' PIU' EVIDENTE AL MATTINO O LA SERA?
- MIGLIORA O PEGGIORA DOPO QUALCHE MINUTO DI ATTIVITA'?
- CAMBIA CON IL TEMPO O L'ATTIVITA'?
- SONO COINVOLTI ALTRI ARTI?
- HA FATTO TRATTAMENTI RIABILITATIVI PRECEDENTI?
- HA AVUTO INTERVENTI CHIRURGICI? QUALI?
- ALTRE PATOLOGIE?

VALUTAZIONE INIZIALE PER FISIOTERAPIA RIABILITATIVA

Codice

Data

Specie

Razza

Nome Pet

Età

Peso Kg.

Sesso M F

Sterilizz.

SI

NO

Nome

Cognome

Patologia

EOG

Allergie

Cardiopatie

Minzione

Defecazione

Cute e annessi Dermatiti Piaghe Altro

Anamnesi

Arti coinvolti

AD AS PD PS

Grado di zoppia in stazione 0 1 2 3 4

Grado di zoppia al passo 0 1 2 3 4

Grado di zoppia al trotto 0 1 2 3 4

Legenda: 0=Normale - 1=Poco evidente (parz.Weightbearing)- 2=Evidente(WB solo su punta piede - 3=Molto evidente(arto sollevato) - 4=incapace di sorreggersi

Dolore profondo SI NO

Weightbearing SI NO PARZ. Deviazioni o anomalità degli arti

Osservazioni
ulteriori
sull'andatura

NOTE

Nome dell'esaminatore

Firma

OSSERVAZIONE INIZIALE

- DAVANTI – DIETRO LATO DX E LATO SX
- OSSERVARE IL PAZIENTE ALZARSI E SEDERSI
- ASIMMETRIE
- GONFIORI
- TREMORI
- DISTRIBUZIONE PESO



540 x 360 - chl.it

ANDATURA: CAMMINATA TROTTO CORSA
OSSEVAZIONE AL GUINZAGLIO E IN “CERCHIO DX E
SX”

SCALE

LAMENESS SCORE:

1. NORMALE
2. ZOPPIA INTERMITTENTE
3. EVIDENTE ZOPPIA E RIDUZIONE CARICO
4. SEVERA ZOPPIA E ASSENZA CARICO
5. ZOPPIA INTERMITTENTE ASSANZA CARICO
6. ZOPPIA CONTINUA ASSENZA CARICO

PALPAZIONE CANE

- MASSAGGIO PRE PALPAZIONE SI? NO?
DURANTE?
- ESAME UNGHIE E LORO CONSUMO

COSA CERCHIAMO?

DOLORE

CALORE

GONFIORE

ASIMMETRIE

ATROFIE

PAZIENTE ORTOPEDICO

- ZAMPE POSTERIORI (Più SICURO)
- PRIMA ARTICOLAZIONI DISTALI
- POI PROSSIMALI

COSA VALUTARE?

DOLORE

CREPITIO

GONFIORE

FRATTURE

LUSSAZIONI

INSTABILITA'



Figure 10-4 The interdigital areas, pads, phalanges, and metatarsal bones should be palpated and the joints placed through a range of

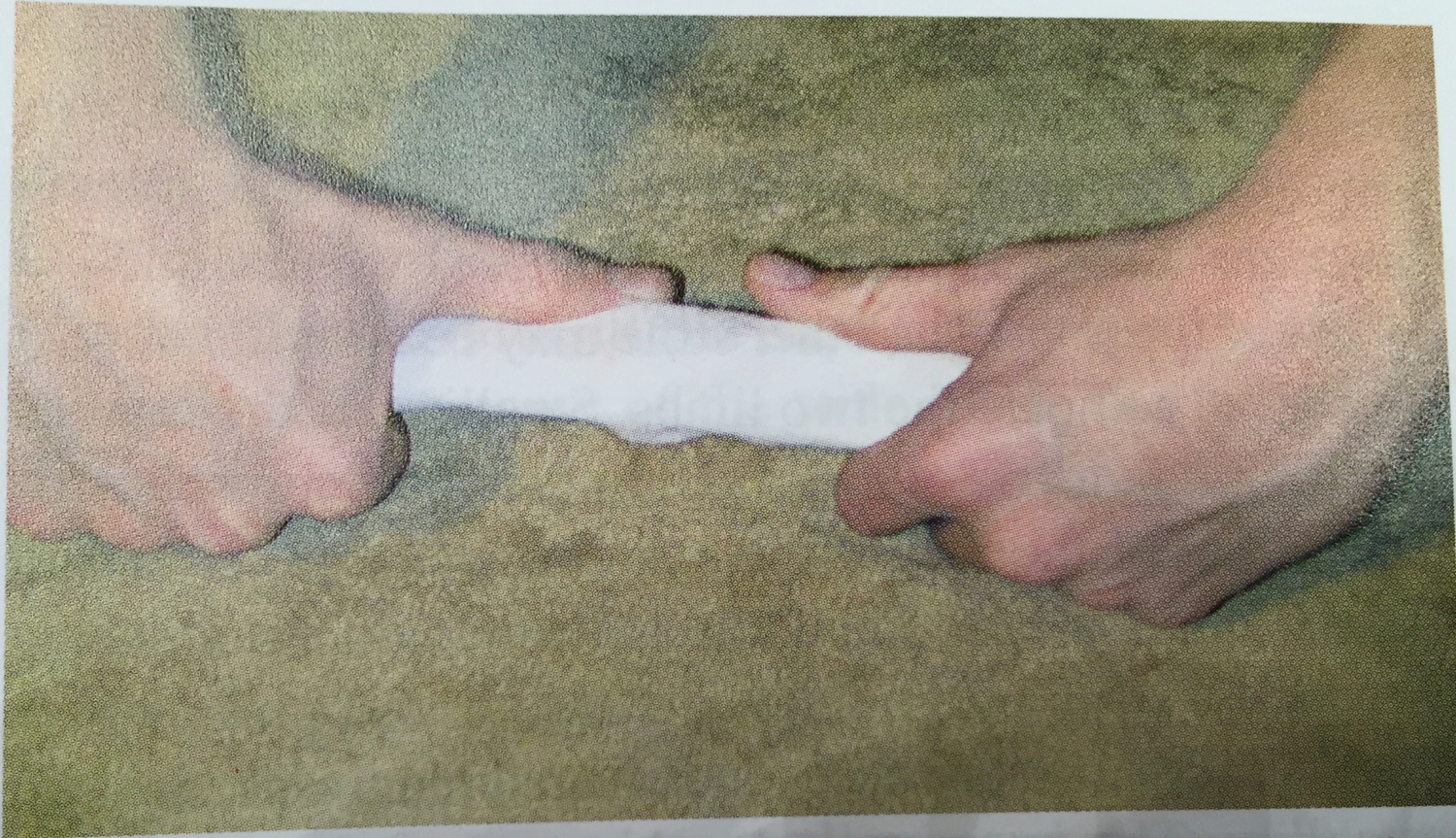


Figure 10-5 The tarsus is evaluated for evidence of medial or lateral collateral ligament damage by applying varus and valgus stresses to the joint.



Figure 10-7 To evaluate the stifle for medial patella luxation, the stifle is extended, the tibia is internally rotated, and an attempt is made to push the patella medially out of the trochlear groove.



Figure 10-8 Cranial drawer motion is assessed by placing one forefinger on the patella, one thumb on the lateral fabella, the other forefinger on the tibial tuberosity, and the other thumb on the head of the fibula. An attempt is then made to slide the tibia cranially in relation to the femur, while holding the femur in a steady position.

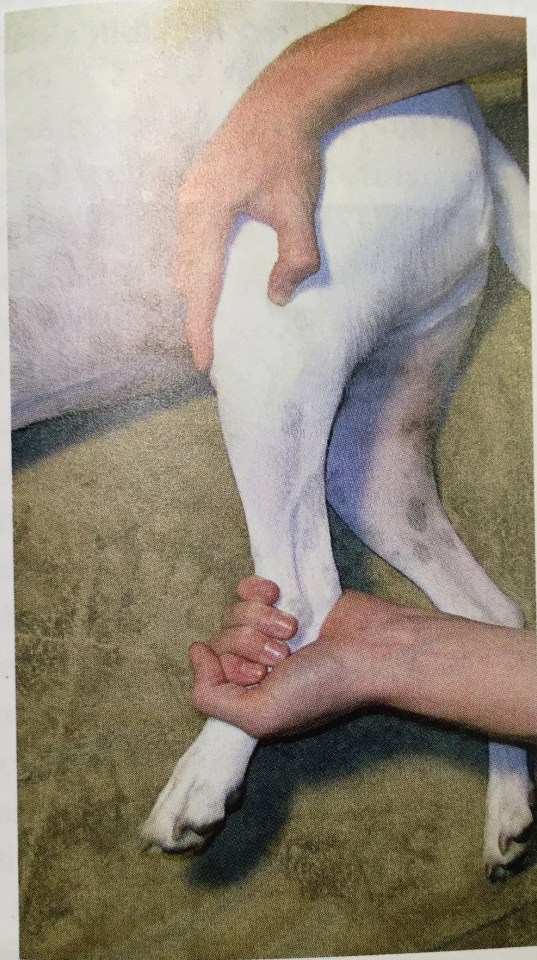


Figure 10-9 The tibial compression test is a method to indirectly create cranial drawer motion. To perform this maneuver, the stifle is placed in a slightly extended walking position and firmly maintained in this position. The examiner places a forefinger on the tibial tuberosity and the thumb and remaining fingers on the medial and lateral condyles of the femur. The other hand is used to flex the hock. The forefinger on the tibial tuberosity detects any cranial shift of the tibia in relation to the femur as a result of an insufficient cranial cruciate ligament.



Figure 10-11 The relationships of the dorsal border of the wing of the ilium, the greater trochanter of the femur, and the ischiatic tuberosity are established. A triangle should be formed when these structures are outlined. In this photo, the thumb is on the tuber ischium, the forefinger is on the greater trochanter, and the middle finger is on the dorsal border of the wing of the ilium. If the greater trochanter is in a line with the dorsal wing of the ilium and the ischiatic tuberosity, a craniodorsal luxation of the coxofemoral joint may be present.

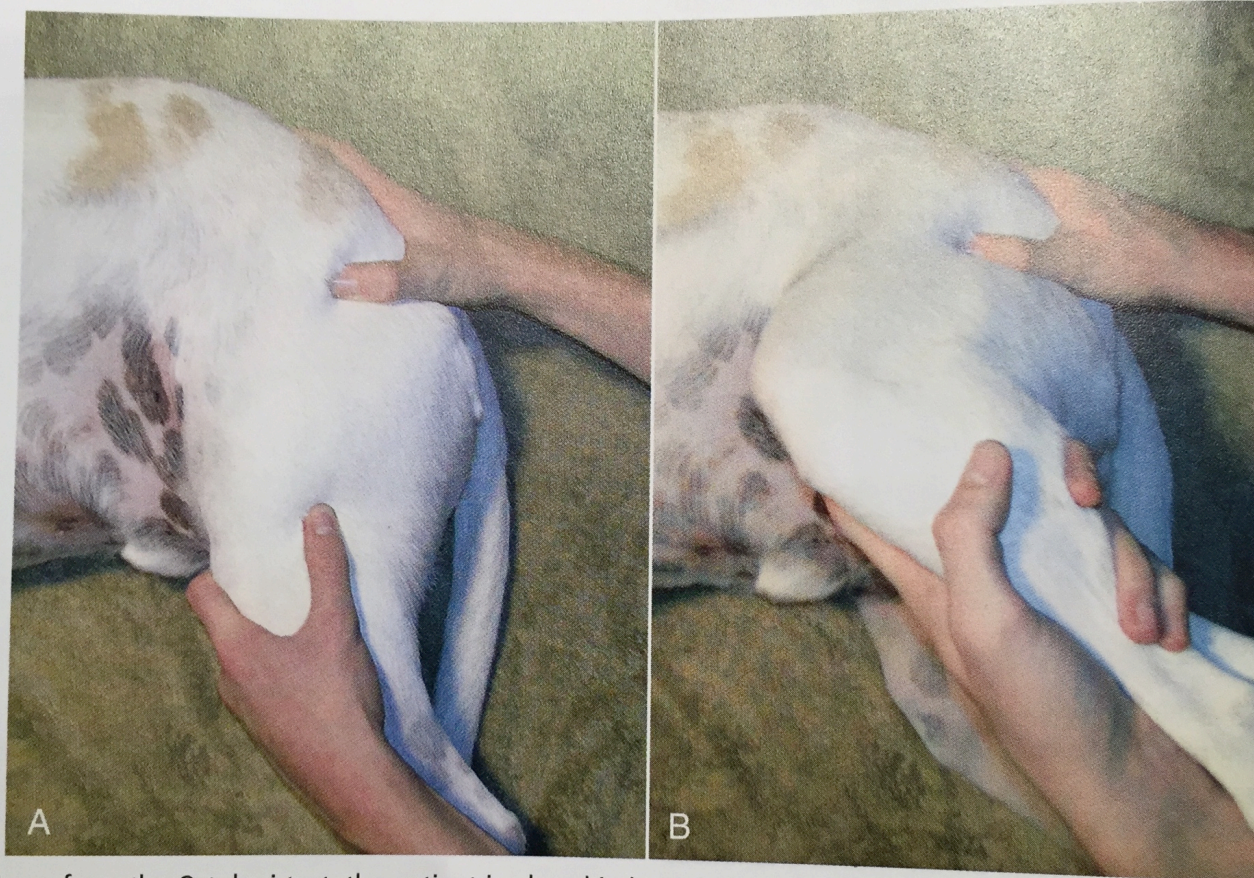


Figure 10-12 **A**, To perform the Ortolani test, the patient is placed in lateral recumbency, the palm of one hand is placed over the area of the pelvis, the thumb or forefinger of that hand is placed on the greater trochanter, and the femur is adducted while the femur is pushed dorsally with the other hand. **B**, The femur is then abducted, and if subluxation of the hip has occurred, the reduction will be felt with the thumb or forefinger on the greater trochanter as it is reduced.