

**ACCADEMIA CRANIO-SACRALE
METODO UPLEDGER**

Piazza S. Antonio Nuovo 6 - 34122 TRIESTE
tel. **040 3476191** - fax **040 3487121**
E-mail: info@accademiacraniolosacrale.it
sito: www.accademiacraniolosacrale.it
Cod. Fisc. 90097270327



Presidente ed Amministratore:
DOTT. **DIEGO MAGGIO** BSc (HONS), D.O., CST-D



Presidente Onorario:
DOTT. **JOHN E. UPLEDGER** D.O., OMM

TRATTAMENTO INTENSIVO - SCHEDE DI VALUTAZIONE

OBIETTIVO:

Attraverso l'uso dei principi di Gestalt, Jung, Assagioli (visti dal punto di vista della TCS) e il completamento del processo biologico unitamente alla liberazione del viale dell'espressione; il lavoro sui vettori, i chakra, i meridiani secondo J. Upledger si impara a essere ancora più efficaci e mirati nell'essere di supporto al paziente dandogli la possibilità di poter ripristinare le restrizioni presenti nel tessuto attraverso un rilascio somato emozionale. Attraverso questo lavoro si impara ad ascoltare quelli che sono i cambiamenti e il rilascio del tessuto del paziente.

INDICAZIONI:

- Iniziare la valutazione del paziente con lo SQUAF (**SCHEDA 1**)
Riportare le rilevazioni anche nel grafico della SCHEDA 7

- **MOBILITA' dei 4 DIAFRAMMI (SCHEDA 2)**
 - PELVICO
 - RESPIRATORIO
 - STRETTO TORACICO
 - IOIDE

Per l'osso ioide valutare anche i muscoli infraioidei e annotare nei commenti eventuali restrizioni.

- **VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO ARTICOLARE (SCHEDA 2)**
 - 5° DIAFRAMMA (occipite/ atlante)
 - L5 - S1
 - ARTICOLAZIONE SACRO ILIACA DX e SN

- **VALUTAZIONE del TUBO DURALE (SCHEDA 2)**
Individuazione di un eventuale segmento facilitato e segnalarlo.

- **VALUTAZIONE del MOVIMENTO delle OSSA CRANICHE (SCHEDA 3)**

Porre attenzione al tipo di restrizione che si presenta:

- OSSEA
- FASCIALE

Descrivere nei commenti come si presenta il movimento se è libero o vi sono restrizioni, dove si trovano e come lo limitano

- **VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO FISIOLOGICO DELLO SFENOIDE E DENOMINARE IL TIPO DI LESIONE** secondo la classificazione di Sutherland e scriverla nello spazio dedicato ai commenti.

segue

- **VALUTAZIONE ATM (ARTICOLAZIONE TEMPORO MANDIBOLARE) (SCHEDA 3)**
Descrivere nei commenti come si presenta il movimento se è libero o vi sono restrizioni, dove si trovano e come lo limitano.

- VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO FISILOGICO DEL PALATO DURO (**SCHEDA 4/a**)
mascella, vomere, palatini denominandone la lesione
- VALUTAZIONE OSSA ZIGOMATICHE E NASALI (**SCHEDA 4/a**)
Utilizzare per la valutazione degli zigomi la tecnica interna alla bocca

- VALUTAZIONE RESTRIZIONE PAVIMENTO DELLA MANDIBOLA (**SCHEDA 4/b**)
(muscoli sopraioidei)
- VALUTAZIONE RESTRIZIONI RADICE DELLA LINGUA (**SCHEDA 4/b**)

- LOCALIZZAZIONE DELLA CISTI DI ENERGIA ATTRAVERSO LA TECNICA DELL'ARCING e riportarla sullo schema annotando nei commenti un'eventuale localizzazione particolare nel corpo. (**SCHEDA 5**)
- VALUTAZIONE DELLO SCORRIMENTO DELLE FASCE RILEVANDONE EVENTUALI RESTRIZIONI che verranno riportate sullo schema della **SCHEDA 5**.
- VALUTAZIONE VETTORI

- VALUTAZIONE CHAKRA (**SCHEDA 6**)
- VALUTAZIONE MERIDIANI (**SCHEDA 6**)
 - PERICARDIO
 - CUORE
 - POLMONI
 - FEGATO
 - RENI
 - MILZA

- Alla fine del trattamento eseguito dopo la valutazione RIVALUTARE lo SQAF (**SCHEDA 7**).
Riportare i valori rilevati nel grafico della **SCHEDA 7** per confrontarli con quelli segnati all'inizio del trattamento.
Osservare eventuali modifiche dei parametri avvenute col trattamento.

TRATTAMENTO INTENSIVO – 1° GIORNO

COGNOME E NOME (o sigla) del paziente/utente

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE

Le parti dichiarano di essere a conoscenza del D. L. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 e loro s.m.i., ed autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati.

LUOGO E DATA _____

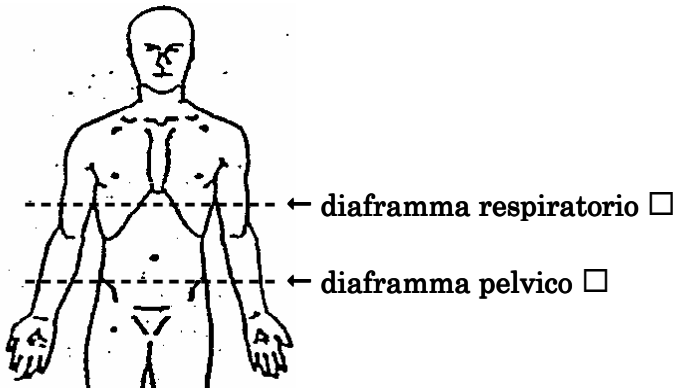
SCHEDA 2

VALUTAZIONE

B) VALUTAZIONE DELLA TENSIONE FASCIALE DEI QUATTRO DIAFRAMMI DEL PAZIENTE:

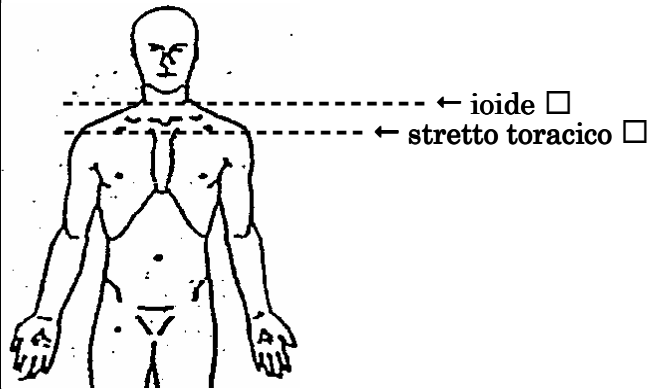
1) VALUTAZIONE DELLA MOBILITÀ FASCIALE DI: DIAFRAMMA PELVICO – DIAFRAMMA RESPIRATORIO.

INDICARE L'AREA DOVE SI RILEVA LA RESTRIZIONE, BARRANDO QUI SOTTO CON UNA **X** LA CASELLA CORRISPONDENTE () A FIANCO AL DIAFRAMMA.



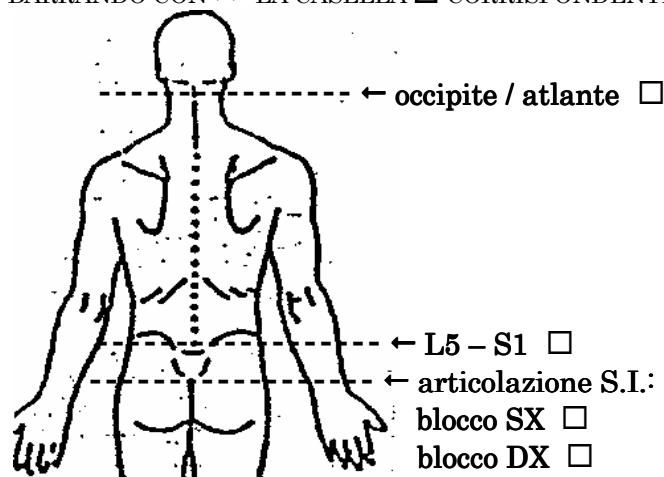
2) VALUTAZIONE DELLA MOBILITÀ FASCIALE DI: STRETTO TORACICO – IOIDE.

INDICARE L'AREA DOVE SI RILEVA LA RESTRIZIONE, BARRANDO QUI SOTTO CON UNA **X** LA CASELLA CORRISPONDENTE () A FIANCO AL DIAFRAMMA



3) VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO ARTICOLARE DI: OCCIPITE/ATLANTE – L5 - S1 – ARTICOLAZIONE S.I.

IL MOVIMENTO ARTICOLARE È LIBERO O BLOCCATO: INDICARE IL PUNTO DOVE SI RILEVA IL BLOCCO, BARRANDO CON **X** LA CASELLA CORRISPONDENTE.



4) VALUTAZIONE DEL TUBO DURALE (LIBERO/BLOCCATO): IL TUBO DURALE PUÒ PRESENTARE DELLE RESTIZIONI: INDICARE LA RESTRIZIONE RILEVATA NOMINANDO LA/LE VERTEBRA/E RELATIVA/E AL PUNTO DELLA RESTRIZIONE. - RILEV IL SEGMENTO FACILIT

vertebra cervicale

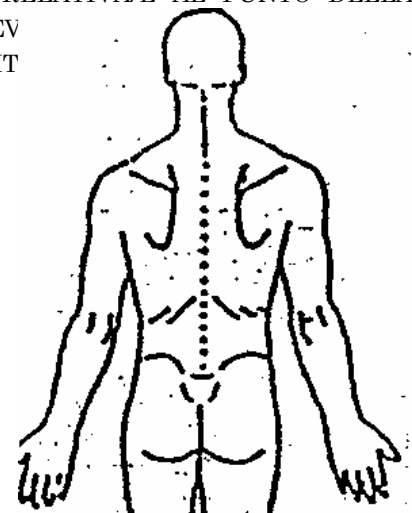
V.C. _____

vertebra toracica

V.T. _____

vertebra lombare

V.L. _____



COMMENTI _____

TRATTAMENTO INTENSIVO – 1° GIORNO

COGNOME E NOME (o sigla) del paziente/utente

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE

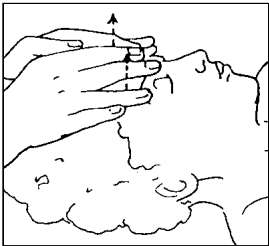
Le parti dichiarano di essere a conoscenza del D. L. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 e loro s.m.i., ed autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati.

LUOGO E DATA _____

SCHEDA 3 VALUTAZIONE

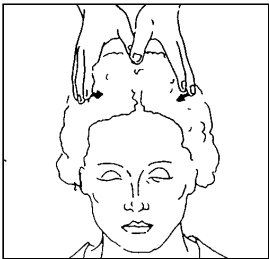
C) VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO DELLE **OSSA CRANICHE** DEL PAZIENTE:
NEL LIBERO MOVIMENTO E/O NELLE RESTIZIONI DELLE MEMBRANE INTRACRANICHE

1) OSSO FRONTALE SOLLEVAMENTO



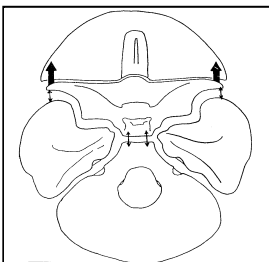
COMMENTI: _____

2) PARIETALI SOLLEVAMENTO



COMMENTI: _____

3) SFENOIDE VALUTARE E DENOMINARE LA LESIONE PRESENTE



COMMENTI: _____

4) TEMPORALI FLESSOESTENSIONE



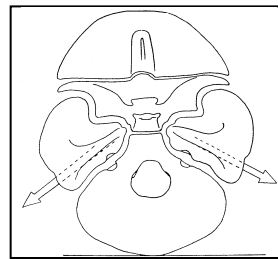
COMMENTI: _____

5) TEMPORALI OSCILLAZIONE



COMMENTI: _____

6) TENTORIO DEL CERVELLETTO TRAZIONE LATEROPOSTERIORE



COMMENTI: _____

7) ATM COMPRESSIONE



COMMENTI: _____

8) ATM DECOMPRESSIONE



COMMENTI: _____

ABBREVIAZIONI: **ATM** = APPARATO TEMPORO MANDIBOLARE

TRATTAMENTO INTENSIVO – 1° GIORNO

COGNOME E NOME (o sigla) del paziente/utente _____

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE _____

Le parti dichiarano di essere a conoscenza del D. L. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 e loro s.m.i., ed autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati.

LUOGO E DATA _____

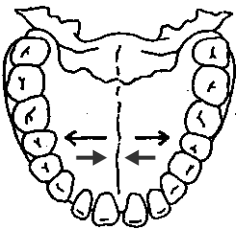
SCHEDA 4/a

VALUTAZIONE

D) VALUTAZIONE DEL MOVIMENTO FISIOLOGICO DELLE OSSA DEL PALATO DURO DEL PAZIENTE: MOVIMENTO NORMALE O RESTRIZIONI DEL COMPLESSO SFENO-PALATINO-VOMERO-MAXILLARE

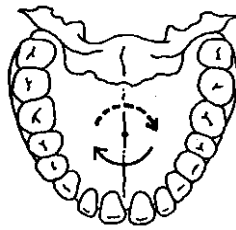
1) PALATO DURO (COMPLESSO MAXILLARE-PALATINO)

A - FLESSOESTENSIONE



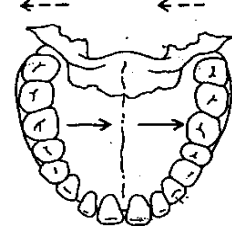
A - COMMENTI _____

B - TORSIONE



B - COMMENTI _____

C - SCORRIMENTO

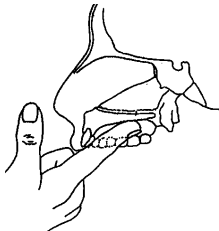


C - COMMENTI _____

D - DECOMPRESSIONE: COMMENTI _____

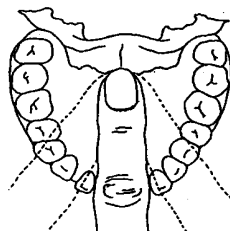
2) VOMERE

A - FLESSOESTENSIONE



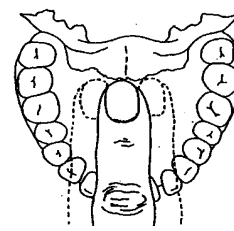
A - COMMENTI _____

B - TORSIONE



B - COMMENTI _____

C - SCORRIMENTO

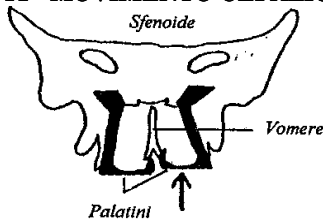


C - COMMENTI _____

D - DECOMPRESSIONE: COMMENTI _____

3) PALATINI

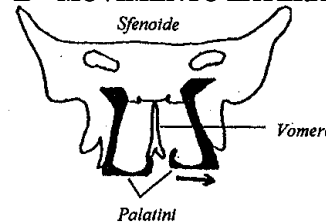
A - MOVIMENTO CEFALICO – MOBILIZZAZIONE IN DIREZIONE CEFALICA



LIBERA	BLOCCATA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COMMENTI _____

B - MOVIMENTO LATERALE – MOBILIZZAZIONE IN DIREZIONE CEFALICA



LIBERA	BLOCCATA
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COMMENTI _____

4) OSSA ZIGOMATICHE

A - B – MOBILIZZAZIONE DELLE OSSA ZIGOMATICHE (UNA ALLA VOLTA)

A - MOBILIZZAZIONE ZIGOMO DESTRO

COMMENTI _____

LIBERO	BLOCCATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

B - MOBILIZZAZIONE ZIGOMO SINISTRO

COMMENTI _____

LIBERO	BLOCCATO
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

5) OSSA NASALI

MOBILIZZAZIONE DELLE OSSA NASALI

LIBERE	BLOCCATE
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

COMMENTI _____

TRATTAMENTO INTENSIVO – 1° GIORNO

COGNOME E NOME (o sigla) del paziente/utente

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE

Le parti dichiarano di essere a conoscenza del D. L. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 e loro s.m.i., ed autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati.

LUOGO E DATA _____

SCHEDA 4/b

VALUTAZIONE

D) VALUTAZIONE DEL PAVIMENTO DELLA **MANDIBOLA**
E MOBILIZZAZIONE DELLA **RADICE DELLA LINGUA** DEL PAZIENTE:

6) PAVIMENTO DELLA MANDIBOLA – VALUTAZIONE DELLE RESTRIZIONI



BORDO MANDIBOLA

DX SX

COMMENTI

7) RADICE DELLA LINGUA – MOBILIZZAZIONE E VALUTAZIONE

RESTRIZIONE

DX SX

COMMENTI

TRATTAMENTO INTENSIVO – 1° GIORNO

COGNOME E NOME (o sigla) del paziente/utente

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE

Le parti dichiarano di essere a conoscenza del D. L. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 e loro s.m.i., ed autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati.

LUOGO E DATA _____

SCHEDA 5

VALUTAZIONE

E) LOCALIZZAZIONE DELLA CISTI DI ENERGIA DEL PAZIENTE ATTRAVERSO L' **ARCING**:

SIMBOLI:



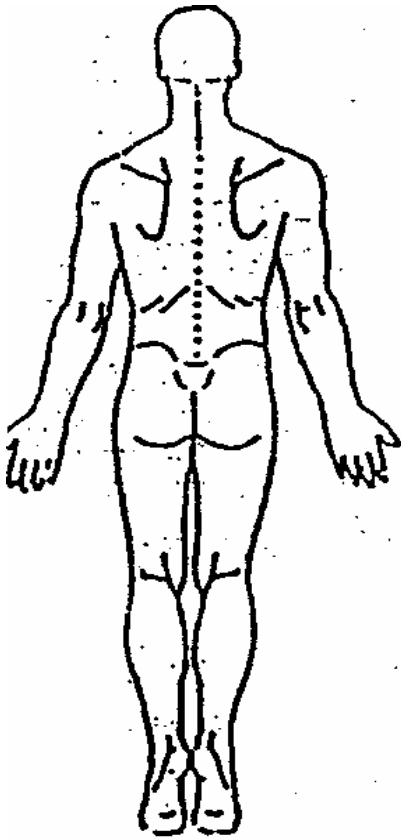
CISTI ENERGETICA



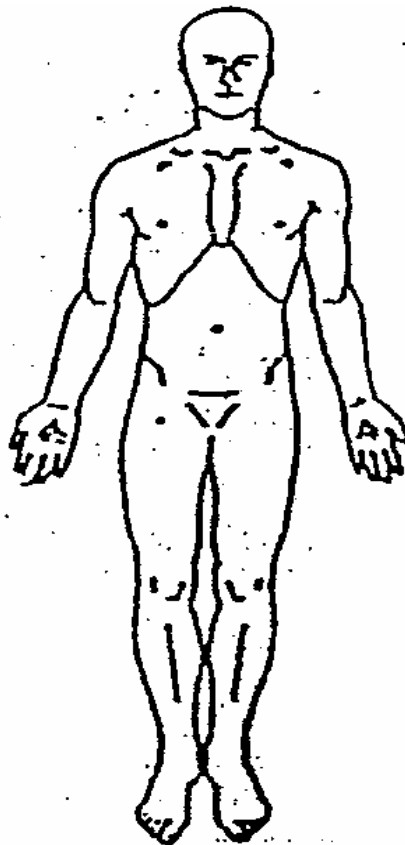
VETTORI



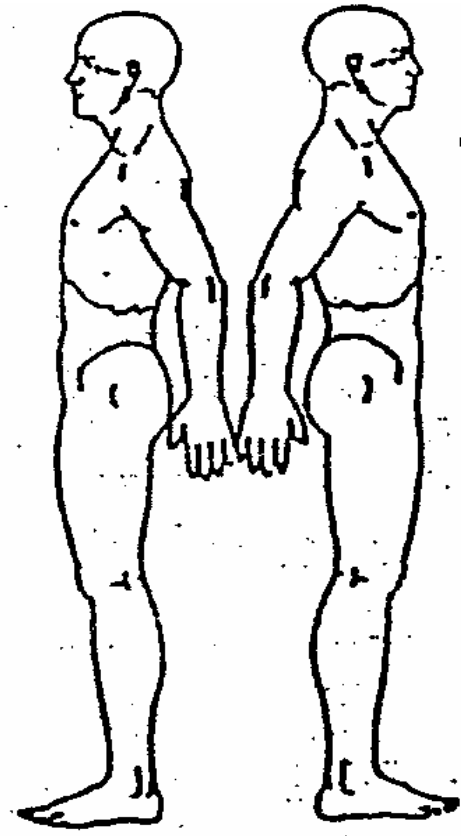
RESTRIZIONI FASCIALI



POSTERIORE



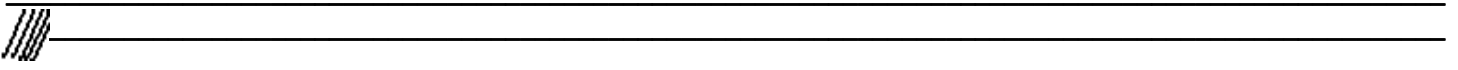
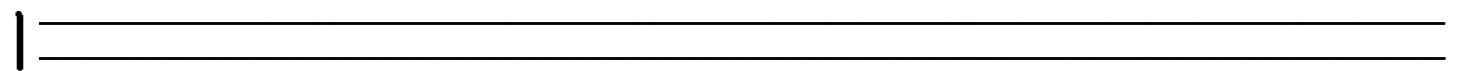
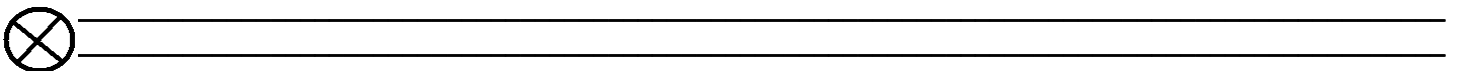
ANTERIORE



LATERALE SX

LATERALE DX

COMMENTI _____



TRATTAMENTO INTENSIVO – 1° GIORNO

COGNOME E NOME (o sigla) del paziente/utente

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE

Le parti dichiarano di essere a conoscenza del D. L. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 e loro s.m.i., ed autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati.

LUOGO E DATA _____

SCHEDA 6

VALUTAZIONE

F) VALUTAZIONE DI: **MERIDIANI E CHAKRA**

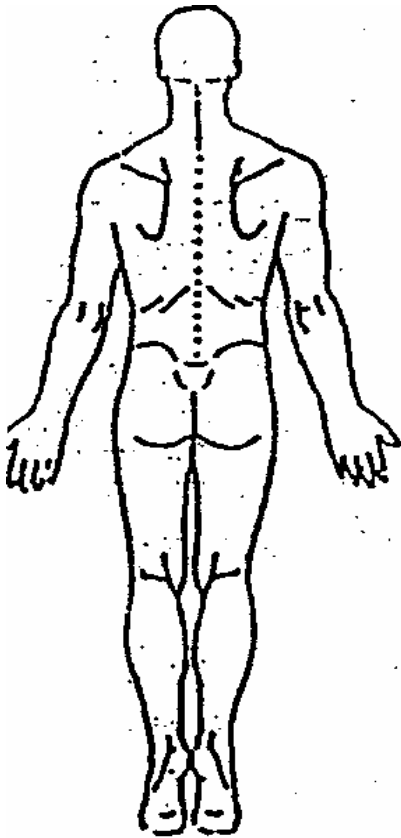
SIMBOLI:



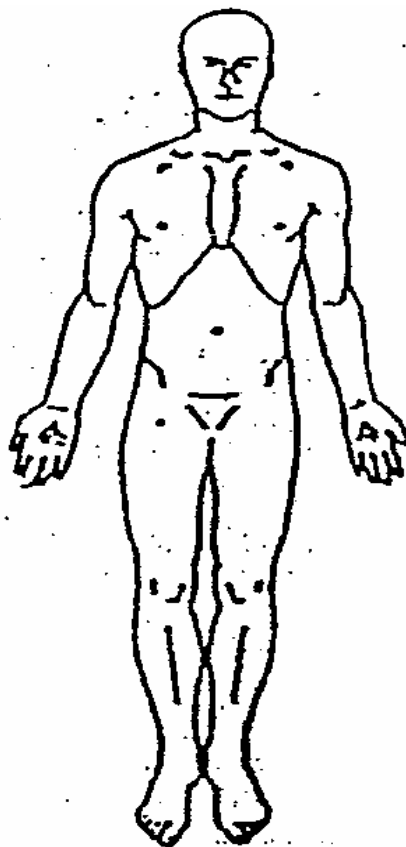
MERIDIANI



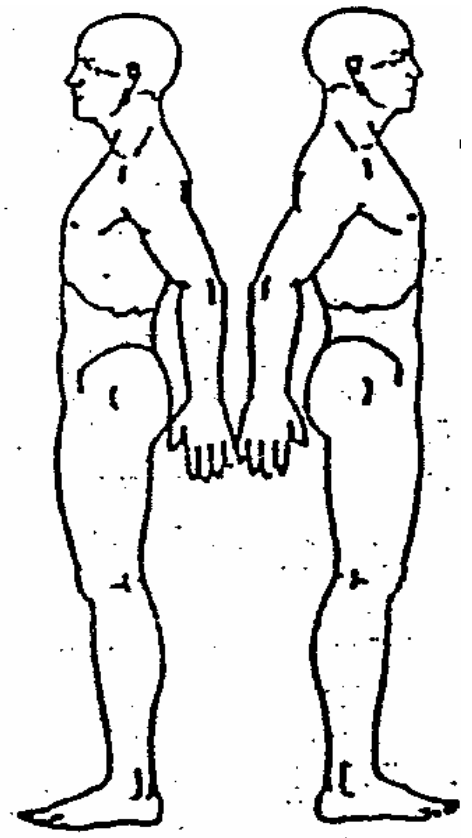
CHAKRA



POSTERIORE



ANTERIORE



LATERALE SX

LATERALE DX

COMMENTI _____



TRATTAMENTO INTENSIVO – 1° GIORNO

COGNOME E NOME (o sigla) del paziente/utente _____

RECAPITI DEL PAZIENTE

Indirizzo _____

tel/cell./mail _____

DATI DEL MEDICO CURANTE - O DELLA
STRUTTURA OSPITANTE DEL PAZIENTE

Nome _____

Recapiti _____

COGNOME E NOME DELL'OPERATORE _____

RECAPITI

Indirizzo _____

tel/cell./mail _____

DATI DELLA STRUTTURA CHE OSPITA
IL TIROCINIO CLINICO

Nome _____

Recapiti _____

Le parti dichiarano di essere a conoscenza del D. L. n. 196 del 30.6.2003 e dell'art. 48 D.P.R. n. 445/2000 e loro s.m.i., ed autorizzo la raccolta e il trattamento dei dati.

SCHEDA 7

RIVALUTAZIONE DELLO SQAF A FINE TRATTAMENTO

G RIVALUTAZIONE DEL MOVIMENTO CORPOREO ATTRAVERSO IL RITMO CRANIO-SACRALE (R.C.S.)
PER (SQAF) **S**IMMETRIA- **Q**UALITÀ- **A**MPIEZZA- **F**REQUENZA, ALL'INIZIO E ALLA FINE DEL TRATTAMENTO :

1-Simmetria				2-Qualità		3-Ampiezza				4-Frequenza (RCS)
lato sn		lato dx		debole	forte	lato sn		lato dx		numero cicli al minuto
sim.	asim.	sim.	asim.	← →		ampio	non ampio	ampio	non ampio	

N.B. Frequenza e Qualità sono ugualmente misurabili su una qualsiasi delle parti corporee del paziente.

DIAGRAMMA 1- SIMMETRIA

barrare con una l'interno della casella corrispondente nel diagramma alla **simmetria** nel giorno di valutazione

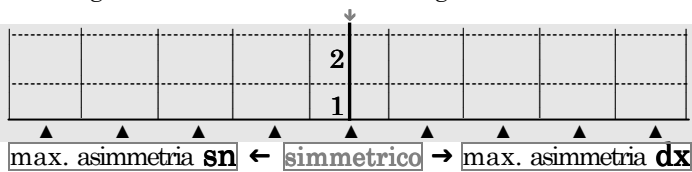


DIAGRAMMA 2 - QUALITÀ

barrare con una l'interno della casella corrispondente nel diagramma alla **qualità** nel giorno di valutazione

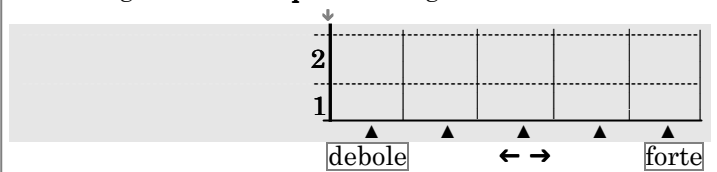


DIAGRAMMA 3 - AMPIEZZA

barrare con una l'interno della casella corrispondente nel diagramma all'**ampiezza** nel giorno di valutazione

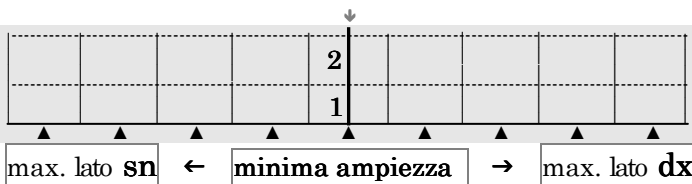
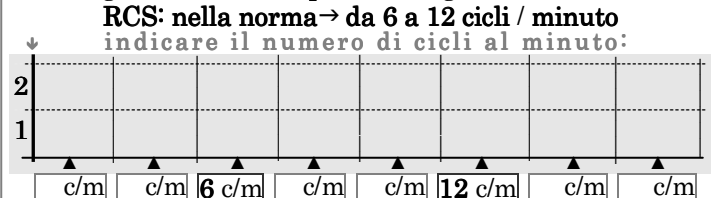


DIAGRAMMA 4 - FREQUENZA (RCS)

barrare con una l'interno della casella corrispondente nel diagramma alla **frequenza** nel giorno di valutazione



Commenti sull'attuale condizione fisica del paziente, rispetto ai punti trovati in disfunzione all'inizio del trattamento:

SQAF: _____

QUATTRO DIAFRAMMI: _____

MEMBRANE INTRACRANICHE: _____

OSSA DEL PALATO DURO: _____

ABBREVIAZIONI : - 1 = INIZIO TRATTAMENTO 2 = FINE TRATTAMENTO - c/m = CICLI AL MINUTO (RCS)

sn = SINISTRO - **dx** = DESTRO - **RSC** = RITMO CRANIO SACRALE - **max.** = MASSIMA - **sim.** = SIMMETRICO - **asim.** = ASIMETRICO

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto le informazioni relative al proprio stato di salute e di aver compreso i termini e le modalità dell'iter di valutazione e di applicazione del trattamento proposto dall'operatore, nonché delle conseguenti indicazioni fornite dal medesimo. Dichiara di aver ricevuto informazioni esaurienti e comprensibili sui benefici derivanti dall'applicazione del trattamento proposto e su eventuali complicazioni e rischi. Dichiara inoltre di aver ricevuto informazioni inerenti la compatibilità della Disciplina del Benessere e Bio-Naturale prescritta ed applicata, come tecnica complementare ad altri trattamenti convenzionali, precedenti o contestuali e/o comunque inerenti la possibilità di ricorrere ad ulteriori interventi di medicina convenzionale. Sulla base di quanto sopra esprimo il mio consenso al ricorso alla Disciplina del Benessere illustrata dall'operatore.

Preso atto di quanto sopra esposto, letto, ascoltato ed approvato senza riserve: il/la sottoscritto/a autorizza inoltre il trattamento dei dati ai fini del presente procedimento (Legge n. 675/96-D.Lgs. n. 196/2003, e s.s.m.).

IL DICHIARANTE

Addì _____ **(La firma non deve essere autenticata)** _____