



THE MCKENZIE INSTITUTE

VALUTAZIONE DELL'ARTO INFERIORE

Data _____

Nome _____ Sesso M / F _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Data di nascita _____ Età _____

Prescrizione: MG / Ort / Da solo / Altro _____

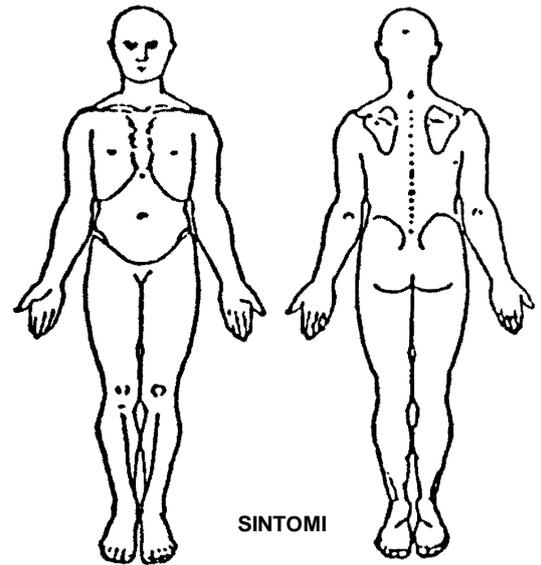
Occupazione: Sollecitazioni meccaniche _____

Tempo libero: Sollecitazioni meccaniche _____

Disabilità funzionale del presente episodio _____

Punteggio Disabilità Funzionale: _____

Punteggio VAS (0-10): _____



ANAMNESI

Sintomi attuali _____

Presenti da: _____ Migliorano / Peggiorano / Stazionari

Iniziato in seguito a: _____ o in assenza di motivo apparente

Sintomi all'insorgenza: _____ Parestesia: Si / No

Anamnesi di rachialgia: _____ Tosse / Starnuto: POS/ NEG

Sintomi costanti: _____ Sintomi intermittenti: _____

Peggiora

| | | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------|-------|----------------------------|
| Flessione | Seduto/alzandosi/primi passi | In piedi | Camminando | Scale | Accovacciato/ in ginocchio |
| Mattino/durante il giorno/sera | Da fermo/in movimento | Dormendo: prono / supino/ lato Dx -Sn | | | |
| Altro _____ | | | | | |

Migliora

| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------|---|------------|-------|-----------------------------|
| Flessione | Seduto | In piedi | Camminando | Scale | Accovacciato / in ginocchio |
| Mattino / durante il giorno / sera | Da fermo / in movimento | Dormendo: prono / supino / lato Dx – Sn | | | |
| Altro _____ | | | | | |

L'uso continuato rende il dolore: Meglio Peggio Nessun effetto Sonno disturbato: Si / No

Dolore a riposo: Si / No Localizzazione del dolore: Schiena / Ginocchio / Anca / Piede / Caviglia

Altre domande: Gonfiore Scrosci articolari / blocchi articolari Sensazione cedimento / cadute

Episodi precedenti: _____

Trattamenti precedenti: _____

Salute generale: Buona / Mediocre / Scarsa _____

Farmaci: Nessuno / FANS / Analgesici / Steroidi / Anticoagulanti / Altri _____

Esami diagnostici: Si / No _____

Intervento chirurgico : Si / No _____ Dolore notturno: SI / No _____

Incidente: Si / No _____ Inspiegabile perdita di peso: Si / No _____

Riassunto Acuto / Sub Acuto / Cronico Trauma / Esordio insidioso

Localizzazione dell'esame obiettivo: Schiena / Ginocchio / Anca / Piede / Caviglia Altro: _____

ESAME OBIETTIVO

OSSERVAZIONE POSTURALE

Seduta: Buona/Mediocre/Scarsa Correzione della postura: Meglio/Peggio/Nessun effetto/NA In Piedi: Buona/Mediocre/Scarsa

Altre osservazioni: _____

TEST NEUROLOGICI: NA / Forza / Sensibilità / Riflessi / Segni durali _____

RIFERIMENTI/ BASELINES (dolore o attività funzionale): _____

COLONNA VERTEBRALE

Limitazioni di movimento: _____

Effetto dei movimenti ripetuti: _____

Effetto delle posizioni mantenute: _____

Test della colonna: Non Rilevante / Rilevante / Secondario _____

Arto inferiore: **Anca / Ginocchio / Caviglia / Piede**

| LIMITAZIONE DI MOVIMENTO | Grave | Mod | Min | Nulla | Dolore |
|--------------------------|-------|-----|-----|-------|--------|
| Flessione | | | | | |
| Estensione | | | | | |
| Flessione dorsale | | | | | |
| Flessione plantare | | | | | |
| | | | | | |

| | Grave | Mod | Min | Nulla | Dolore |
|----------------------|-------|-----|-----|-------|--------|
| Adduzione/Inversione | | | | | |
| Abduzione/Eversione | | | | | |
| Rotazione interna | | | | | |
| Rotazione esterna | | | | | |
| | | | | | |

| Movimento passivo: +/- sovrappressione (annota i sintomi e l'articolari ta) _____ | PDM | ERP |
|---|-----|-----|
| | | |
| | | |

Risposta ai test resistenti: (dolore) _____

Altri test: _____

Sintomi pre test: _____

| Test ripetuti | Risposta sintomatica | | Risposta meccanica | |
|--|--|---|---|-------------------|
| | Durante – produce, abolisce, aumenta, diminuisce, NE | Dopo – meglio, peggio, non meglio, non peggio, NE | Effetto – ↑ o ↓ ROM, forza o test funzionale chiave | Nessun Effetto |
| Movimento attivo, passivo, test resistenti, test funzionale | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Effetto delle posizioni statiche: | | | | |
| | | | | |

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA:

| | |
|------------------------------|-------------------|
| Arti | Colonna |
| Dysfunction Articolare _____ | Contrattile _____ |
| Derangement _____ | Postural _____ |
| ALTRO _____ | |

PRINCIPIO DI GESTIONE

Educazione _____ Ausili forniti _____

Esercizi _____ Frequenza _____

Ostacoli alla guarigione _____

Obiettivi del trattamento _____