



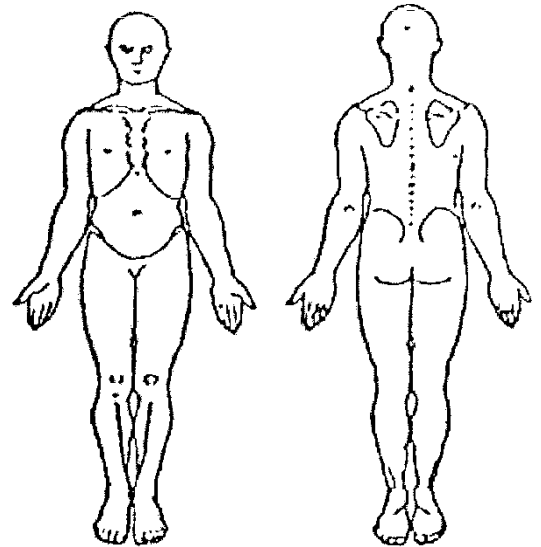
THE MCKENZIE INSTITUTE

VALUTAZIONE DELLA COLONNA CERVICALE

Data ____/____/____
 Nome _____ Sesso M/F
 Indirizzo _____
 Telefono _____
 Data di nascita _____ Età _____
 Prescrizione: MG / Ortopedico / Auto / Altro _____
 Lavoro: Stress meccanico _____

 Tempo libero: Stress meccanico _____
 Disabilità funzionale a seguito del presente episodio _____

 Punteggio disabilità funzionale _____
 Punteggio VAS (0-10) _____



ANAMNESI

SINTOMI

Sintomi attuali _____
 Presenti dal _____ Migliorano / Peggiorano / Stazionari
 Iniziati a seguito di _____ o in assenza di motivo apparente
 Sintomi all'insorgenza: collo / braccio / avambraccio / cefalea _____
 Sintomi costanti : collo / braccio / avambraccio / cefalea Sintomi intermittenti: collo / braccio / avambraccio / cefalea

Peggiora	<i>Flessione</i>	<i>Seduto</i>	<i>Rotazione</i>	<i>Sdraiato/alzandosi</i>
	<i>Mattino/durante il giorno/sera</i>		<i>Da fermo/in movimento</i>	
	Altro _____			
Migliora	<i>Flessione</i>	<i>Seduto</i>	<i>Rotazione</i>	<i>Sdraiato</i>
	<i>Mattino/durante il giorno/sera</i>		<i>Da fermo/in movimento</i>	
	Altro _____			

Sonno disturbato: Sì / No Cuscini _____
 Posizione durante il sonno: prona / supina / fianco dx - sn Materasso: rigido / morbido / sfondato
 Episodi precedenti: 0 1-5 6-10 11 + Primo episodio (anno) _____
 Anamnesi remota _____

 Trattamenti precedenti _____

DOMANDE SPECIFICHE

Vertigini / tinnito / nausea / deglutizione: POS/NEG Cammino / arti superiori: normali / anormali
 Farmaci: Nessuno / FANS / Analgesici / Steroidi / Anticoagulanti / Altri _____
 Stato di salute generale: Buona / Mediocre / Scarsa _____
 RX / RM / altri esami: Sì / No _____
 Interventi chirurgici recenti o importanti: Sì / No _____ Dolore notturno: Sì / No _____
 Incidenti: Sì / No _____ Inspiegabile perdita di peso: Sì / No _____
 Altro _____

ESAME OBIETTIVO

OSSERVAZIONE POSTURALE

Seduta: Buona/Mediocre/Scarsa In piedi: Buona/Mediocre/Scarsa Capo Protruso: Sì/No Torcicollo: Dx/Sx/Nessuno
 Correzione della postura: Meglio / Peggio / Nessun effetto _____ Rilevante: Sì / No
 Altre osservazioni: _____

TEST NEUROLOGICI

Deficit motori _____ Riflessi _____
 Deficit sensitivi _____ Segni durali _____

LIMITAZIONI DI MOVIMENTO

	Grave	Mod.	Min.	Nulla	Dolore		Grave	Mod.	Min.	Nulla	Dolore
Protrusione						Fless. Lat. dx					
Flessione						Fless. Lat. sx					
Retrazione						Rotazione dx					
Estensione						Rotazione sx					

MOVIMENTI DI TEST: Descrivere gli effetti sulla sintomatologia dolorosa presente – Durante i test: produce, abolisce, aumenta, diminuisce, nessun effetto, centralizza, periferalizza. **Dopo i test:** meglio, peggio, non meglio, non peggio, nessun effetto, centralizzata, periferalizzata.

	Sintomi durante i test	Sintomi dopo i test	Risposta meccanica		
			↑ ROM	↓ ROM	Nessun effetto
Sintomi pre-test da seduto :					
PRO.					
PRO. rip.					
RET.					
RET. rip.					
RET. EST.					
RET. EST. rip.					
Sintomi pre-test da supino :					
RET.					
RET. rip.					
RET . EST.					
RET. EST. rip.					
Se richiesto, Sintomi pre-test da seduto :					
FL. Lat. Dx					
FL. Lat. dx rip.					
FL. Lat. sx					
FL. Lat. sx rip.					
ROT. Dx					
ROT. dx. rip.					
ROT. Sx					
ROT. sx rip.					
FLESS.					
FLESS. rip.					

TEST STATICI

Protrusione _____ Flessione _____
 Retrazione _____ Estensione: seduto / prono /supino _____
 Altri test _____

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA

Derangement _____ Dysfunction _____ Postural _____ ALTRO _____
 Centrale o Simmetrico _____ Unilaterale o Asimmetrico sopra il gomito _____ Unilaterale o Asimmetrico sotto il gomito _____

PRINCIPI DI GESTIONE

Educazione _____ Ausili forniti _____
 Trattamento meccanico : Sì / No _____
 Principio di Estensione _____ Principio Laterale _____
 Principio di Flessione _____ Altro _____
 Ostacoli alla guarigione _____
 Obiettivi del trattamento _____