



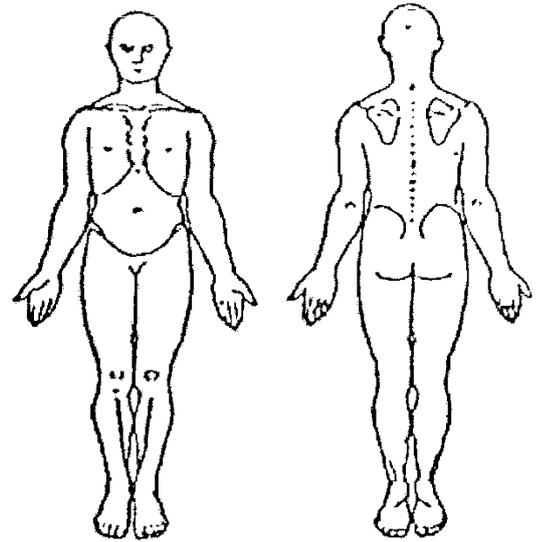
THE MCKENZIE INSTITUTE

VALUTAZIONE DELLA COLONNA CERVICALE

Data ____/____/____
 Nome _____ Sesso: _____
 Indirizzo _____
 Telefono _____
 Data di nascita _____ Età _____
 Prescrizione: MG / Ortopedico / Auto / Altro _____
 Sollecitazioni sul lavoro: _____

 Attività nel tempo libero: _____
 Disabilità funzionale a seguito del presente episodio _____

 Punteggio di outcome /di screening _____
 NPRS (0-10) _____



Sintomi attuali: _____

Presenti dal: _____ Migliorano / Stazionari / Peggiorano

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

Sintomi all'insorgenza: collo / braccio / avambraccio / testa _____

Sintomi costanti: collo / braccio / avambraccio / testa Sintomi intermittenti: collo / braccio / avambraccio / testa

Peggiora *Flessione* *Seduto* *Rotazione* *Sdraiato/alzandosi*
Mattino / durante il giorno / sera *Da fermo / in movimento*
Altro _____

Migliora *Flessione* *Seduto* *Rotazione* *Sdraiato*
Mattino / durante il giorno / sera *Da fermo / in movimento*
Altro _____

Sonno disturbato: *si / no* Posizione durante il sonno: *prona / supina / fianco Dx - Sn* Cuscini: _____

Anamnesi remota spinale _____

Trattamenti precedenti _____

DOMANDE SPECIFICHE

Vertigini / tinnito / nausea / vista / parola _____ Andatura / arti superiori: *normali / anormali*

Farmaci: _____

Stato di salute generale / Altre patologie: _____

_____ Chirurgia recente o importante: *si / no* _____

Anamnesi di cancro: *si / no* _____ Inspiegabile perdita di peso: *si / no* _____

Anamnesi di trauma: *si / no* _____ Indagini radiologiche: *si / no* _____

Obiettivi del paziente / aspettative / convinzioni: _____

ESAME OBIETTIVO

OSSERVAZIONE POSTURALE

Seduta: Lordotica / Neutra / Cifotica

Capo Protruso: si / no

Torcicollo: Dx / Sn / nessuno

Cambiamento della postura: Meglio / Peggio / Nessun effetto _____

Torcicollo: rilevante: sì / no

Altre osservazioni / baselines funzionali: _____

TEST NEUROLOGICI

Deficit motori _____ Riflessi _____

Deficit sensitivi _____ Test neurodinamici _____

Perdita di Movimento	Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi
Protrusione					
Flessione					
Retrazione					
Estensione					

	Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi
Fles.lat.dx					
Fles.lat.sn					
Rotaz.dx					
Rotaz.sn					

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

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. sn				
FL. Lat. sn rip.				
ROT. dx				
ROT. dx. rip.				
ROT. sn				
ROT. sn rip.				
FLESS.				
FLESS. rip.				
Altri movimenti				

TEST STATICI

Protrusione / Retrazione / Flessione / Altri _____ ALTRI TEST _____

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA

Derangement: Centrale o Simmetrico Unilaterale o Asimmetrico sopra il gomito Unilaterale o Asimmetrico sotto il gomito

Directional Preference: _____

Dysfunction: Direzione _____ **Postural** Sottogruppo di **ALTRO** _____

Fattori di causa del dolore e/o disabilità: **Contestuali** **Cognitivi** **Emotivi** **Altre patologie**

PRINCIPI DI GESTIONE

Educazione _____

Tipo di esercizio _____ Frequenza _____

Altri esercizi / interventi _____

Obiettivi del trattamento _____

Firma _____