



THE MCKENZIE INSTITUTE

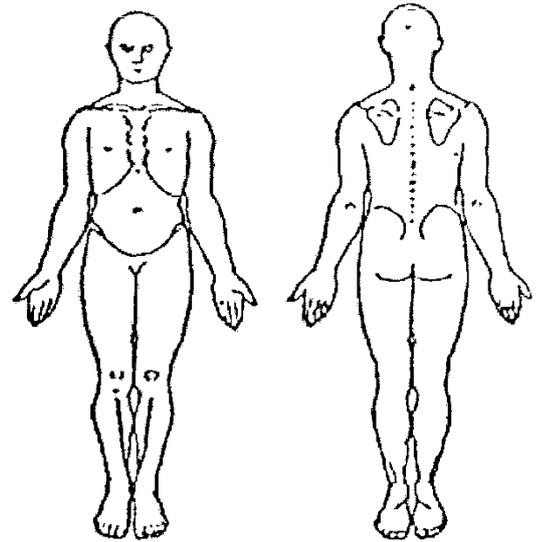
VALUTAZIONE DELLA COLONNA TORACICA

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: _____
 Sintomi costanti: _____ Sintomi intermittenti: _____

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

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

 Anamnesi remota spinale _____

 Trattamenti precedenti _____

DOMANDE SPECIFICHE

Tosse / starnuto / respiro profondo _____ Cammino /Arti superiori: *normale / anormale*
 Farmaci: _____
 Stato di salute generale / Altre patologie: _____
 _____ Chirurgia recente / rilevante: *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* Cambiamento della postura: *Meglio / Peggio / Nessun effetto* _____

Capo Protruso: *si / no* _____ In piedi: *Neutra / Cifotica* _____

Altre osservazioni / Baselines funzionali: _____

TEST NEUROLOGICI (arti superiori e inferiori)

Deficit motori _____ Riflessi _____

Deficit sensitivi _____ Test neurodinamici _____

PERDITA DI MOVIMENTO	Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi
Flessione					
Estensione					
Rotazione (Dx)					
Rotazione (Sn)					
Altro					

TEST DIFFERENZIALI CERVICALI

Protr. rip. _____

Retr. rip. _____

Retr. est. rip. _____

Fl. lat. dx rip. _____

Fl. lat. sn rip. _____

Rot. dx rip. _____

Rot. sn rip. _____

Fless. rip. _____

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 :				
FLESS.				
FLESS rip.				
EST.				
EST. rip.				
Sintomi pre-test da sdraiato :				
EST. (prono)				
EST. rip.(prono)				
EST. (supino)				
EST. rip. (supino)				
Sintomi pre-test da seduto :				
ROT.dx				
ROT.dx rip				
ROT sn.				
ROT sn. rip.				
Altri movimenti				

TEST STATICI Flessione / Estensione / Rotazione / Altro _____

ALTRI TEST _____

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA

Derangement: Centrale o Simmetrico Unilaterale o Asimmetrico

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 _____