



THE MCKENZIE INSTITUTE VALUTAZIONE DELL'ARTO INFERIORE

Data _____

Nome _____ Genere: _____

Data di nascita _____ Età _____

Prescrizione: MG / Ortopedico / Auto / Altro _____

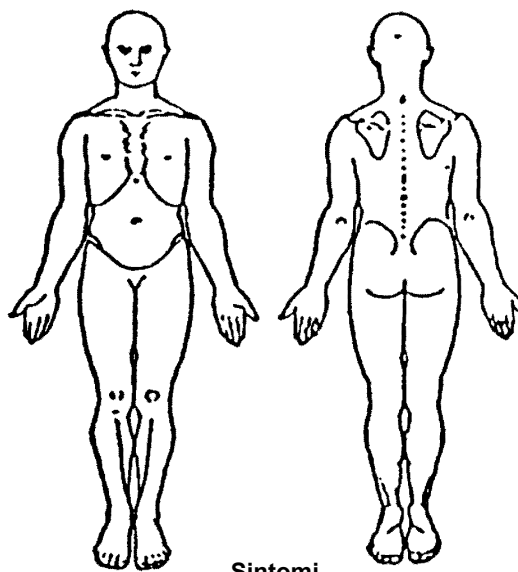
Esigenze lavorative _____

Attività nel tempo libero _____

Limitazione funzionale per il presente episodio _____

Punteggio di outcome / di screening _____

NPRS (0-10) _____



Sintomi attuali _____

Presenti da: _____ In miglioramento / Stazionari / In peggioramento

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

Sintomi all'insorgenza: _____ Parestesie: Sì / 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 continuativo rende il dolore: Migliore Peggiora Nessun effetto Sonno disturbato: Sì / No

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

Altre domande: Gonfiore Fitte / scrosci articolari / blocchi articolari Sensazione cedimento / cadute

Episodi precedenti _____

Trattamenti precedenti _____

Farmaci: _____

Stato di salute generale/Comorbidità: _____

_____ Interventi chirurgici recenti o rilevanti: Sì / No _____

Anamnesi di cancro: Sì/No _____ Inspiegabile perdita di peso: Sì / No _____

Anamnesi di trauma: Sì/No _____ Indagini radiologiche: Sì / No _____

Obiettivi del paziente / aspettative: _____

OSSERVAZIONE POSTURALE

Altre osservazioni:

TEST NEUROLOGICI: NA / Forza / Sensibilità / Riflessi / Neurodinamici

BASELINES Dolore o attività funzionale:

Arto inferiore: Anca / Ginocchio / Caviglia / Piede

PERDITA DI MOVIMENTO	Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi		Grave	Mod	Min	Nulla	Sintomi
Flessione						Adduzione/Inversione					
Estensione						Abduzione/Eversione					
Flessione dorsale						Rotazione interna					
Flessione plantare						Rotazione esterna					
Altri movimenti						Altri movimenti					

Movimenti passivi: (annota i sintomi, ROM, +/- sovrappressione)	PDM	ERP

Risposta ai test resistiti: (dolore)

Altri test / posizioni statiche:

COLONNA VERTEBRALE

Perdita di Movimento

Effetto dei mov. ripetuti

Effetto delle posizioni statiche

Risultato dei test della Colonna: Non rilevante / Rilevante / Problema secondario

Sintomi baseline: _____

[illegible]

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA:

Arti

Colonna

☐ Patologia grave: ☐ Condizione medica:☐ Derangement *Directional Preference:* ☐ Dysfunction Articolare ☐ Condizione Muscolare Attiva

☐ **Sindrome del Dolore Cronico** ☐ **Dysfunction Contrattile** ☐ **Artropatia Infiammatoria / Artrite** ☐ **Neuropatia Periferica** ☐ **Post Chirurgico**

☐ Sindrome Posturale ☐ Processo di malattia dei Tessuti Molli ☐ Strutturalmente Compromesso ☐ Trauma / Recupero del Trauma

Classificazione sottogruppo / descrizione

POTENZIALI DRIVERS DEL DOLORE E/O DISABILITÀ: Comorbilità Cognitivi - Emotivi Contestuali

Descrizione:

PRINCIPIO DI GESTIONE

Educazione

Tipo di esercizi	Frequenza
------------------	-----------

Altri esercizi /interventi

Obiettivi del trattamento

Firma _____