



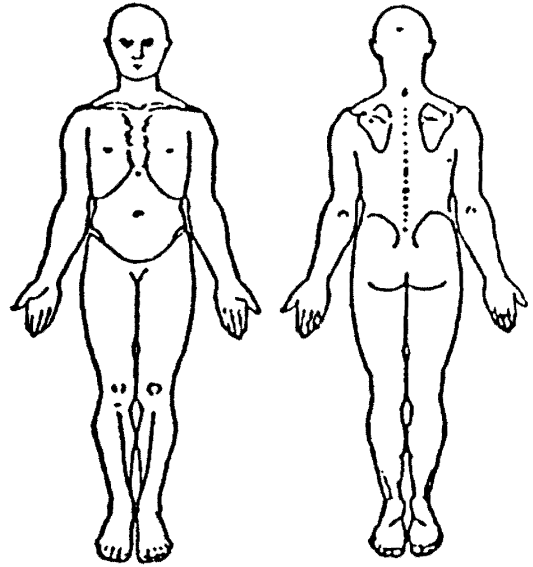
THE MCKENZIE INSTITUTE

VALUTAZIONE DELL'ARTO INFERIORE

Data _____
 Nome _____ Genere: _____
 Indirizzo _____
 Telefono _____
 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: _____

ESAME OBIETTIVO

OSSERVAZIONE POSTURALE

Seduta: *Lordotica/Neutra/Cifotica* Cambiamento della postura: Meglio/Peggioro/Nessun Effetto In piedi: *Lordotica/Neutra/Cifotica*

Altre osservazioni: _____

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

RIFERIMENTI/ 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: _____

Test ripetuti	Risposta sintomatica		Risposta meccanica	
	Durante Produce, Abolisce, Aumenta, Diminuisce, NE	Dopo Meglio, Peggioro, Non Meglio, Non Peggioro, NE	Effetto ↑ o ↓ ROM, forza o test funzionale chiave	Nessun Effetto

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA: **Arti** **Colonna**
Derangement _____ Directional Preference _____

Dysfunction articolare /contrattile _____ **Postural** Sottogruppo di **ALTRO:** _____

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 _____