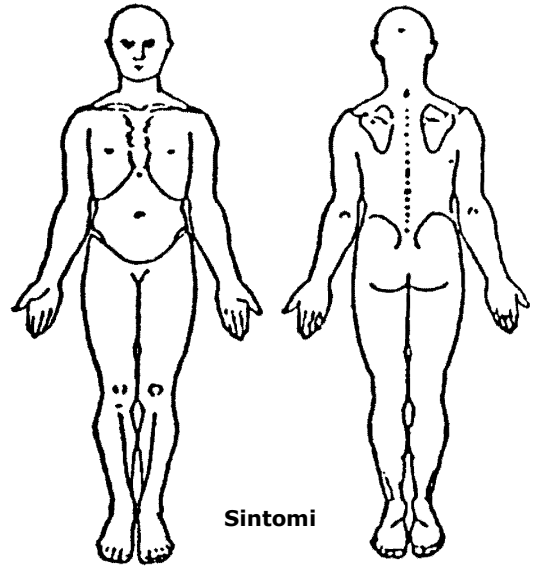




THE MCKENZIE INSTITUTE VALUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE

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
Iniziati a seguito di _____ o in assenza di motivo apparente
Sintomi all'insorgenza: _____ Parestesie: SI / NO
Anamnesi di rachialgia: _____ Tosse / Starnuto: POS / NEG
Sintomi costanti: _____ Sintomi intermittenti: _____

Peggiora	Flessione	Seduto	Ruotare il collo	Vestirsi	Alzare il braccio	Stringere
	Mattino/durante il giorno/sera		Da fermo/in movimento		Dormendo: prono/ supino/ lato Dx-Sn	
	Altro _____					
Migliora	Flessione	Seduto	Ruotare il collo	Vestirsi	Alzare il braccio	Stringere
	Mattino/durante il giorno/sera		Da fermo/in movimento		Dormendo: prono/ supino/ lato Dx-Sn	
	Altro _____					

L'uso continuativo rende il dolore: Migliore Peggioro Nessun effetto Sonno disturbato: SI / NO
Dolore a riposo: SI / NO Localizzazione del dolore: Collo / Spalla / Gomito / Polso / Mano
Altre domande: Gonfiore Fitte / Scrosci articolari / Blocchi articolari Sublussazione

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: *Eretta/Neutra/Cifotica* Cambiamento della postura: *Effetto/Nessun Effetto* _____ In piedi: *Lordotica/Neutra/Cifotica*

Altre osservazioni: _____

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

BASELINES Dolore o attività funzionale: _____

Arto superiore: Spalla / Gomito / Polso / Mano

PERDITA DI MOVIMENTO	Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi		Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi	
Flessione						Add./Deviaz. ulnare						
Estensione						Abd./Deviaz. radiale						
Supinazione						Rotazione Interna						
Pronazione						Rotazione Esterna						
Altri movimenti						Altri movimenti						
Movimenti Passivi: (annota i sintomi, ROM e +/- sovrapressione) _____											PDM	ERP

Risposta ai test resistiti: _____

Altri test / posizioni statiche: _____

COLONNA VERTEBRALE

Perdita di movimento _____

Effetto dei movimenti ripetuti _____

Effetto delle posizioni statiche _____

Test della colonna Non rilevante / Rilevante / Problema secondario

Sintomi baseline: _____

Test ripetuti	Risposta sintomatica		Risposta meccanica	
Movimento attivo, passivo, Test resistiti, Test funzionali	Durante Produce, abolisce, aumenta, diminuisce, NE	Dopo Meglio, Peggio, Non Meglio, Non Peggio, NE	Effetto ↑ o ↓ ROM, forza o test funzionale chiave	Nessun Effetto

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA:

Arti

Colonna

- ☐ Patologia grave: _____

☐ Derangement *Directional Preference:* _____

☐ Sindrome del Dolore Cronico

☐ Sindrome Postural

☐ Condizione medica: _____

☐ Dysfunction Contrattile

☐ Processo di malattia dei Tessuti Molli

☐ Artrite / Artropatia Infiammatoria

☐ Strutturalmente Compromesso

☐ Dysfunction Articolare

☐ Neuropatia Periferica

☐ Trauma / Recupero del Trauma

☐ Condizione Meccanica Atipica

☐ Post Chirurgico

Classificazione sottogruppo / descrizione: _____

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

Descrizione: _____

PRINCIPIO DI GESTIONE

Educazione _____

Tipo di esercizi _____ Frequenza _____

Altri esercizi /interventi _____

Obiettivi del trattamento _____

Firma _____

McKenzie Institute International 2025®