



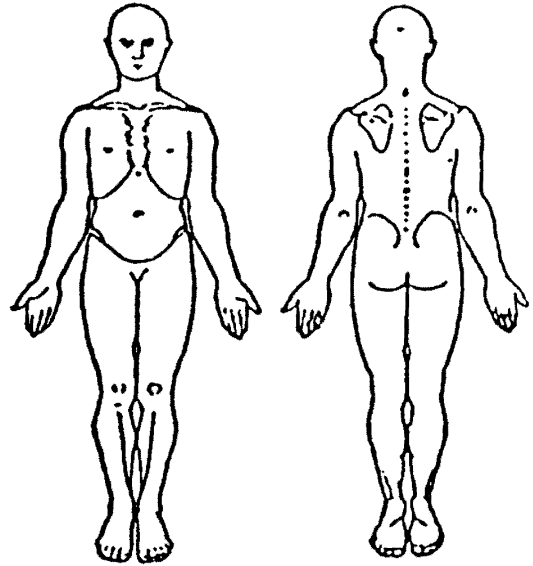
THE McKENZIE INSTITUTE

VALUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE

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) _____



Destrimane/ mancino

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 Peggiora 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/Comorbilità: _____

_____ 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/Peggio/Nessun Effetto In piedi: *Lordotica/Neutra/Cifotica*

Altre osservazioni: _____

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

RIFERIMENTI/ 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 +/- sovrappressione) _____											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	
	Durante Produce, abolisce, aumenta, diminuisce, NE	Dopo Meglio, Peggio, Non Meglio, Non Peggio, NE	Effetto ↑ o ↓ ROM, forza o test funzionale chiave	Nessun Effetto
Movimento attivo, passivo, Test resistiti, Test funzionali				

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA:

Arti

Colonna

Derangement _____ Directional Preference _____

Dysfunction: Articolare / Contrattile _____ **Postural** Sottogruppo di **ALTRO** _____

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 _____