



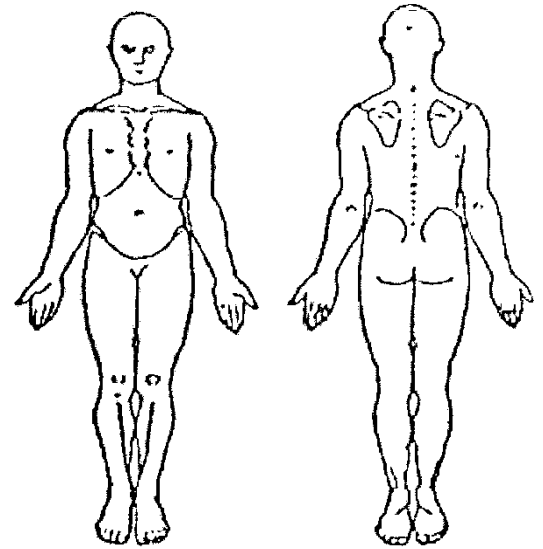
THE MCKENZIE INSTITUTE

VALUTAZIONE DELLA COLONNA CERVICALE

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
 Iniziati a seguito di _____ o in assenza di motivo apparente
 Sintomi all'insorgenza: collo / braccio / avambraccio / testa _____
 Sintomi costanti: collo / braccio / avambraccio / testa Sintomi intermittenti: collo / braccio / avambraccio / testa

Peggiora *Flessione* *Seduto* *Rotazione* *Sdraiato/alzandosi*
 Mattino / durante il giorno / sera *Da fermo / in movimento*
 Altro _____

Migliora *Flessione* *Seduto* *Rotazione* *Sdraiato*
 Mattino / durante il giorno / sera *Da fermo / in movimento*
 Altro _____

Sonno disturbato: Sì / No Posizione durante il sonno: prona / supina / fianco Dx - Sn Cuscini: _____

Anamnesi remota spinale _____

Trattamenti precedenti _____

DOMANDE SPECIFICHE

Vertigini / tinnito / nausea / vista / parola: _____ Andatura / arti superiori: Normali / Anormali

Farmaci: _____

Stato di salute generale / Comorbilità: _____

_____ Interventi chirurgici recenti/rilevanti: Sì / No _____

Anamnesi di cancro: Sì / No _____ Inespugnabile 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*

Capo Protruso: *Si / No*

Deviazione laterale: *Dx / Sx / Nessuno*

Cambiamento della postura: *Meglio / Peggio / Nessun effetto* _____

Deviazione laterale rilevante: *Si / No*

Altre osservazioni / Baselines funzionali: _____

TEST NEUROLOGICI

Deficit motori _____ Riflessi _____

Deficit sensitivi _____ Test neurodinamici _____

Perdita di Movimento						Sintomi						Sintomi
	Grave	Mod.	Min.	Nulla			Grave	Mod.	Min.	Nulla		
Protrusione						Fles.lat.dx						
Flessione						Fles.lat.sn						
Retrazione						Rotaz.dx						
Estensione						Rotaz.sn						
Altri movimenti						Altri movimenti						

MOVIMENTI DI TEST: Descrivere gli effetti sulla sintomatologia dolorosa presente – **Durante i test:** produce, abolisce, aumenta, diminuisce, nessun effetto, centralizza, periferizza. **Dopo i test:** meglio, peggio, non meglio, non peggio, nessun effetto, centralizzata, periferizzata.

Risposta sintomatica		Risposta Meccanica	
Sintomi durante i test	Sintomi dopo i test	Effetto: ↓ o ↑ ROM o Test funzionale chiave	Nessun effetto
Sintomi pre-test da seduto:			
PRO.			
PRO. rip.			
RET.			
RET. rip.			
RET. EST.			
RET. EST. rip.			
Sintomi pre-test da sdraiato:			
RET.			
RET. rip.			
RET . EST.			
RET. EST. rip.			
Sintomi pre-test:			
FL. Lat. Dx			
FL. Lat. Dx rip.			
FL. Lat. Sn			
FL. Lat. Sn rip.			
ROT. Dx			
ROT. Dx rip.			
ROT. Sn			
ROT. Sn rip.			
FLESS.			
FLESS. rip.			
Altri movimenti			

TEST STATICI: *Protr./Ret./Fless./Altro* _____ **ALTRI TEST** _____

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA

Derangement Centrale o Simmetrico Unilaterale o Asimmetrico sopra il gomito Unilaterale o Asimmetrico sotto il gomito

Directional Preference: _____

Dysfunction: Direzione _____ **Postural** Sottogruppo di **ALTRO** _____

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

Descrizione: _____

PRINCIPI DI GESTIONE

Educazione _____

Tipo di esercizio _____ Frequenza _____

Altri esercizi / interventi _____

Obiettivi del trattamento _____

Firma _____