



THE MCKENZIE INSTITUTE

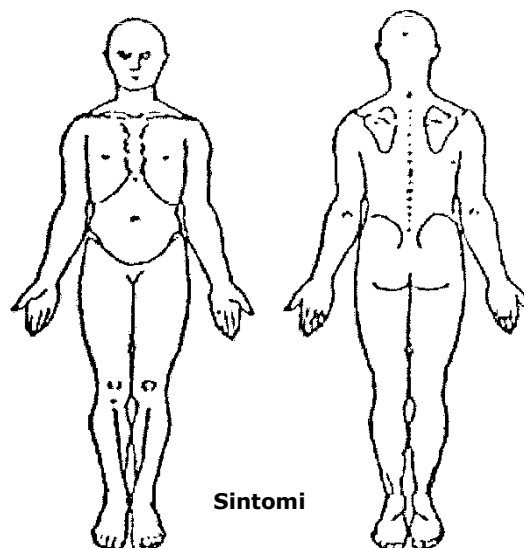
VALUTAZIONE DELLA COLONNA CERVICALE

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: collo / braccio / avambraccio / testa _____
Sintomi costanti: collo / braccio / avambraccio / testa _____ Sintomi intermittenti: collo / braccio / avambraccio / testa _____

Peggiora	<i>Flessione</i>	<i>Seduto</i>	<i>Rotazione</i>	<i>Sdraiato/alzandosi</i>
	<i>Mattino / durante il giorno / sera</i>		<i>Da fermo / in movimento</i>	
	<i>Altro</i> _____			
Migliora	<i>Flessione</i>	<i>Seduto</i>	<i>Rotazione</i>	<i>Sdraiato</i>
	<i>Mattino / durante il giorno / sera</i>		<i>Da fermo / in movimento</i>	
	<i>Altro</i> _____			

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 _____ 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 / Afflosciata*

Capo Protruso: *Si / No*

Deviazione laterale: *Dx / Sx / Nessuno*

Cambiamento della postura: *Nessun effetto / Effetto* _____ Deviazione laterale rilevante: *Si / No*

Altre osservazioni / Baselines funzionali: _____

TEST NEUROLOGICI

Deficit motori _____ Riflessi _____

Deficit sensitivi _____ Test neurodinamici _____

Perdita di Movimento	Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi		Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi
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, periferalizza. Dopo i test: meglio, peggio, non meglio, non peggio, nessun effetto, centralizzata, periferalizzata.

Risposta sintomatica				Risposta Meccanica	
Sintomi durante i test		Sintomi dopo i test		Effetto: Cambiamento 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

☐ Patologia grave: _____ ☐ Condizione medica: _____

☐ Derangement Directional Preference: _____ ☐ Centrale o simmetrico ☐ Unilaterale o asimmetrico sopra il gomito ☐ Unilaterale o asimmetrico sotto il gomito

☐ Dysfunction ☐ Condizione Meccanica Atipica ☐ Sindrome del Dolore Cronico ☐ Artropatia infiammatoria / artrite ☐ Post Chirurgico

☐ Postural Syndrome ☐ Sindrome Radicolare senza DP ☐ Stenosi Spinale ☐ Strutturalmente Compromesso ☐ Trauma / Trauma in guarigione

Classificazione sottogruppo / descrizione _____

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 _____