



# THE MCKENZIE INSTITUTE

## VALUTAZIONE DELLA COLONNA LOMBARE

Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Genere: \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

Prescrizione: MG / Ortopedico / Auto / Altro \_\_\_\_\_

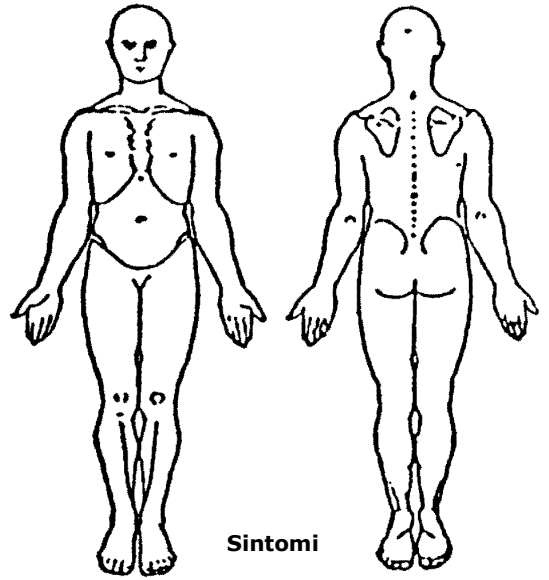
Esigenze lavorative: \_\_\_\_\_

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: schiena / coscia / gamba \_\_\_\_\_

Sintomi costanti: schiena / coscia / gamba \_\_\_\_\_ Sintomi intermittenti: schiena / coscia / gamba \_\_\_\_\_

**Peggiora**      *Flessione*      *Seduto / alzandosi*      *In piedi*      *Camminando*      *Sdraiato*  
*Mattino / durante il giorno/ sera*      *Da fermo / in movimento*  
 Altro \_\_\_\_\_

**Migliora**      *Flessione*      *Seduto*      *In piedi*      *Camminando*      *Sdraiato*  
*Mattino / durante il giorno / sera*      *Da fermo / in movimento*  
 Altro \_\_\_\_\_

Sonno disturbato: *Si / No*      Posizione nel sonno: prono / supino / lato Dx - Sn      Materasso: \_\_\_\_\_

Anamnesi remota spinale \_\_\_\_\_

Trattamenti precedenti \_\_\_\_\_

### DOMANDE SPECIFICHE

Tosse / starnuto / sforzo      Vescica / Intestino: Normale / Anormale      Cammino: Normale / Anormale

Farmaci: \_\_\_\_\_

Stato di salute / Comorbilità: \_\_\_\_\_

Chirurgia recente / rilevante: *Si / No* \_\_\_\_\_

Anamnesi di cancro: *Si / No* \_\_\_\_\_      Inspiegabile perdita di peso: *Si / No* \_\_\_\_\_

Anamnesi di trauma: *Si / No* \_\_\_\_\_      Indagini radiologiche: *Si / No* \_\_\_\_\_

Obiettivi del paziente / aspettative: \_\_\_\_\_

## ESAME OBIETTIVO

### OSSERVAZIONE POSTURALE

Seduta: *Lordotica / Neutra / Cifotica*

Cambiamento della postura: *Nessun effetto / Effetto* \_\_\_\_\_

In Piedi: *Lordotica / Neutra / Cifotica*

Lateral Shift: *Dx / Sn / Nessuno*

Rilevante *Si / No*

Altre osservazioni / Baseline funzionali: \_\_\_\_\_

### TEST NEUROLOGICI

Deficit motori \_\_\_\_\_ Riflessi \_\_\_\_\_

Deficit sensitivi \_\_\_\_\_ Test neurodinamici \_\_\_\_\_

<b>PERDITA DI MOVIMENTO</b>	Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi
Flessione - FIS					
Estensione - EIS					
Scivolamento laterale - SGIS (Dx)					
Scivolamento laterale - SGIS (Sn)					
Altro					

**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.

<b>Risposta sintomatica</b>		<b>Risposta Meccanica</b>	
<b>Sintomi durante i test</b>	<b>Sintomi dopo i test</b>	<b>Effetto: Cambiamento ROM o Test funzionale chiave</b>	<b>Nessun Effetto</b>
<b>Sintomi pre-test in piedi:</b>			
FIS			
FIS rip.			
EIS.			
EIS. rip.			
<b>Sintomi pre-test da sdraiato:</b>			
FIL			
FIL rip.			
EIL			
EIL rip			
<b>Se richiesto, Sintomi pre-test:</b>			
SGIS dx			
SGIS dx rip.			
SGIS sn			
SGIS sn rip.			
Altri mov.ti			

### TEST STATICI

Seduto cifotico / Seduto lordotico / Seduto gambe distese / Prono in estensione \_\_\_\_\_

### ALTRI TEST

#### CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA

- Patologia grave: \_\_\_\_\_  Condizione medica: \_\_\_\_\_  
 Derangement Directional Preference: \_\_\_\_\_  Centrale o simmetrico  Unilaterale o asimmetrico sopra il ginocchio  Unilaterale o asimmetrico sotto il ginocchio  
 Dysfunction Articolare / RNA  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: Comorbilità Cognitivi - Emotivi Contestuali

Descrizione: \_\_\_\_\_

### PRINCIPIO DI GESTIONE

Educazione \_\_\_\_\_

Tipo di esercizio \_\_\_\_\_ Frequenza \_\_\_\_\_

Altri esercizi / interventi \_\_\_\_\_

Obiettivi della gestione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_