



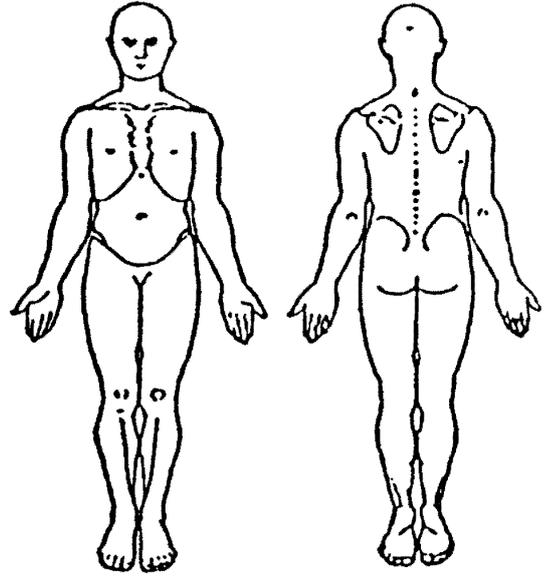
THE MCKENZIE INSTITUTE

VALUTAZIONE DELLA COLONNA LOMBARE

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: 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: *Meglio / Peggio / Nessun 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 _____

PERDITA DI MOVIMENTO	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.

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

TEST STATICI

Seduto afflosciato / Seduto eretto / Prono in estensione / Seduto gambe distese _____

ALTRI TEST

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA

Derangement: Centrale/Simmetrico Unilaterale/Asimmetrico sopra il ginocchio Unilaterale/Asimmetrico sotto il ginocchio

Directional Preference: _____

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

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

Descrizione: _____

PRINCIPIO DI GESTIONE

Educazione _____

Tipo di esercizio _____ Frequenza _____

Altri esercizi / interventi _____

Obiettivi del trattamento _____

Firma _____