



THE MCKENZIE INSTITUTE SCHEDA DI RI-VALUTAZIONE

Data _____ Nome _____ Visita Numero _____

Verifica delle Strategie di Gestione:

Cambiamento della Postura: Si / No

Esegue gli esercizi: Si / No

Frequenza: Adeguata / Non adeguata Risposta dei sintomi mentre esegue gli esercizi _____

Tecnica: Buona / Necessita di correzione

Aderenza / Impegno Eccellente / Buona / Sufficiente / Scarsa

Presentazione Sintomatica:

Localizzazione del dolore: Centralizzato / Invariato / Periferalizzato _____

Frequenza: Meglio / Uguale / Peggio

Gravità: 0 _____ 10
Meglio / Uguale / Peggio

Funzionalità: % di miglioramento rispetto alla valutazione iniziale:

0 _____ 100%

Questionario funzionale: _____

Presentazione Meccanica:

Posizione Seduta: Coerente con il piano di trattamento: Si / No

Postura in Piedi: Coerente con il piano: Si / No

Deformità: Si / No / Non pertinente **Test Neurologici:** Meglio / Uguale / Peggio / Non pertinenti _____

Perdita di Movimento: Meglio / Uguale / Peggio _____

Tecnica dell'esercizio: Buono / Necessita di correzione **Risposta Sintomatica:** _____

Movimenti Ripetuti: : Meglio / Uguale / Peggio

RIASSUNTO: Meglio / Uguale / Peggio **Miglioramento complessivo della valutazione iniziale:** 0 _____ 100%

Classificazione Confermata: Si / No

Ulteriori Test (se richiesto): Movimenti Ripetuti: _____

Altri Test: _____

Revisione della Classificazione (se appropriato):

Gestione Oggi:

Educazione: _____

Trattamento: _____

Piano: _____

Potenziali Drivers del dolore e/o disabilità: _____

Materiale fornito: **Rotolo Lombare** _____ **Rotolo Cervicale** _____

PCDS/PCDC/PCDSP/PCDG _____ **Rotolo notturno** _____ **Firma** _____

