



THE MCKENZIE INSTITUTE

VALUTAZIONE DELLA COLONNA TORACICA

Data _____

Nome _____ Genere: _____

Data di nascita _____ Età _____

Prescrizione: MG / Ortopedico / Auto / Altro _____

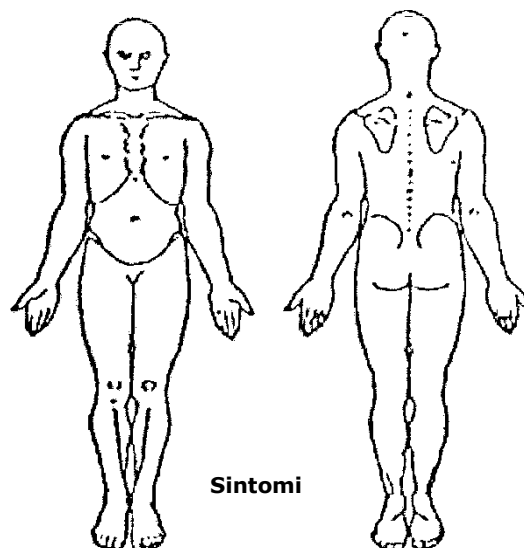
Esigenze lavorative _____

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: _____

Sintomi costanti: _____ Sintomi intermittenti: _____

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

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

Anamnesi remota spinale _____

Trattamenti precedenti _____

DOMANDE SPECIFICHE

Tosse/ starnuto / respiro profondo: _____ Andatura / Arti superiori: normale / anormale

Farmaci: _____

Stato di salute generale / Comorbidità: _____

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: *Eretta/Neutra/Afflosciata* Testa protrusa: *Si/No* Cambiamento della postura: *Nessun effetto/Effetto* _____

In piedi: *Neutra / Cifotica* _____

Altre osservazioni / Baselines funzionali: _____

TEST NEUROLOGICI (arti superiori e inferiori)

Deficit motori _____ Riflessi _____

Deficit sensitivi _____ Test neurodinamici _____

PERDITA DI MOVIMENTO

	Grave	Mod.	Min.	Nulla	Sintomi
Flessione					
Estensione					
Rotazione (Dx)					
Rotazione (Sn)					
Altro					

TEST DIFFERENZIALI CERVICALI

Protr. rip. _____

Retr. rip. _____

Retr. est. rip. _____

Fl. lat. dx rip. _____

Fl. lat. sn rip. _____

Rot. dx rip. _____

Rot. sn rip. _____

Fless.rip. _____

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 da seduto:			
FLESS.			
FLESS. rip.			
EST.			
EST. rip.			
Sintomi pre-test da sdraiato:			
EST. (Prono)			
EST. rip. (Prono)			
EST. (Supino)			
EST. rip. (Supino)			
Sintomi pre-test da seduto:			
ROT. Dx			
ROT. Dx rip.			
ROT. Sn			
ROT. Sn rip.			
Altri movimenti			

TEST STATICI Fles. / Esten. / Rotaz./ Altro _____ **ALTRI TEST** _____

CLASSIFICAZIONE PROVVISORIA

- ☐ Patologia grave: _____

☐ Condizione medica: _____

☐ Derangement Directional Preference: _____

☐ Centrale o simmetrico ☐ Unilaterale o asimmetrico

☐ Dysfunction ☐ Condizione Meccanica

☐ Sindrome del Dolore ☐ Artropatia infiammatoria / artrite

☐ Articolare / RNA ☐ Atipica

☐ Cronico ☐ Post Chirurgico

☐ Postural Syndrome ☐ Sindrome Radicolare senza DP

☐ Stenosi Spinale ☐ Strutturalmente Compromesso

☐ Trauma / Trauma in guarigione
- Classificazione sottogruppo / descrizione _____

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

Descrizione: _____

PRINCIPI DI GESTIONE

Educazione _____

Tipo di esercizio _____ Frequenza: _____

Altri esercizi / interventi _____

Obiettivi del trattamento _____

Firma _____