

ESAME OBIETTIVO

OSSERVAZIONE POSTURALE

Seduta: *Lordotica / Neutra / Cifotica* Cambiamento della postura: *Meglio / Peggio / Nessun effetto* _____
 Testa protrusa: *Si / No* 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

Derangement Centrale o Simmetrico Unilaterale o Asimmetrico
 Directional Preference: _____

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

POTENZIALI DRIVERS DI DOLORE E/O DISABILITÀ **Comorbilità** **Cognitivi - Emotivi** **Contestuali**
 Descrizione: _____

PRINCIPI DI GESTIONE

Educazione _____
 Tipo di esercizio _____ Frequenza: _____
 Altri esercizi / interventi _____
 Obiettivi del trattamento _____

Firma _____