



SVENSKA MCKENZIEINSTITUTET CERVIKALSTATUS

Datum _____

Namn _____ Kön _____

Adress _____

Telefon _____

Personnr _____ Ålder _____

Remittent: Dr / orto / egen / annan _____

Arbete: Mekanisk belastning _____

Fritidsaktiviteter _____

Funktionsnedsättning denna episod _____

Utvärderingsinstrument / poäng _____

NRS (0-10) _____

Aktuella symptom _____

Symptom sedan _____ under förbättring / oförändrat / under försämring

Utlösande faktor _____ ingen uppenbar utlösande faktor

Symptom vid debut: *nacke / arm / underarm / huvud* _____

Konstanta symptom: *nacke / arm / underarm / huvud* _____ Intermittenta symptom: *nacke / arm / underarm / huvud* _____

Sämre av *böja* *sitta* *vrida* *ligga / resa sig*
morgon / under dagen / kväll *i stillhet / i rörelse*
annat _____

Bättre av *böja* *sitta* *vrida* *ligga*
morgon / under dagen / kväll *i stillhet / i rörelse*
annat _____

Störd sömn *ja / nej* Sovställning: *mage / rygg / sida H / V* Kuddar: _____

Tidigare besvär _____

Tidigare behandling _____

SPECIFIKA FRÅGOR

Yrsel / tinnitus / illamående / syn / tal _____ Gång / övre extremitet: *normal / förändrad*

Mediciner: _____

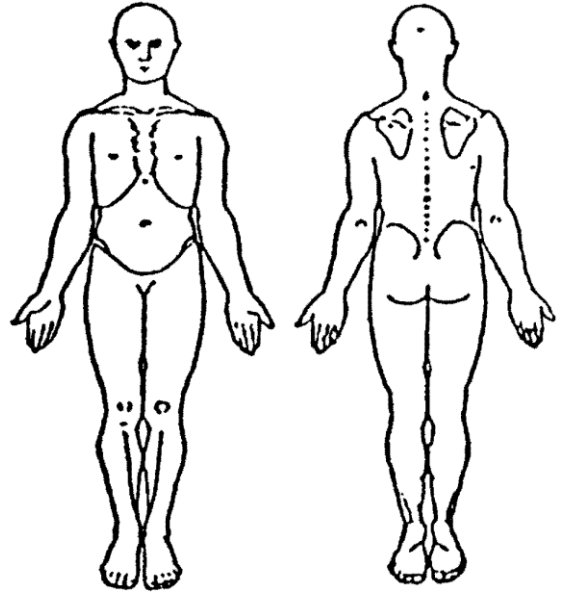
Allmän hälsa / Samsjuklighet: _____

_____ Nylig / relevant operation: *ja / nej* _____

Tidigare cancer: *ja / nej* _____ Oförklarad viktminskning: *ja / nej* _____

Tidigare trauma: *ja / nej* _____ Bilddiagnostik: *ja / nej* _____

Målsättning / förväntningar / egna föreställningar: _____



UNDERSÖKNING

HÅLLNING

Sittande: *upprätt / neutral / hopsjunken* Protraherat huvud: *ja / nej* Lateral deviation: *höger / vänster / nej*
 Effekt av hållningskorrigerig: *bättre / sämre / ingen effekt* _____ Lateral deviation relevant: *ja / nej*
 Övriga fynd / funktionella utgångsvärden: _____

NEUROLOGI

Muskelkraft _____ Reflexer _____
 Sensibilitet _____ Nervdynamiska test _____

| RRL-INSKRÄNK. | Stor | Mod | Liten | Ingen | Symptom |
|---------------|------|-----|-------|-------|---------|
| Protraktion | | | | | |
| Flexion | | | | | |
| Retraktion | | | | | |
| Extension | | | | | |

| | Stor | Mod | Liten | Ingen | Symptom |
|------------------|------|-----|-------|-------|---------|
| Lateralflexion H | | | | | |
| Lateralflexion V | | | | | |
| Rotation H | | | | | |
| Rotation V | | | | | |

TESTRÖRELSER **Beskriv effekten på aktuell smärta – Under:** P=producerar, E=elimineras, Ö=ökar, M=minskar, IE=ingen effekt, centraliserar, periferiserar. **Efter:** B=bättre, S=sämre, EB=ej bättre, ES=ej sämre, IE=ingen effekt, centraliserad, periferiserad.

| | Symptom under test | Symptom efter test | Mekanisk respons | |
|---|--------------------|--------------------|--|-----------------|
| | | | Effekt - ↑ eller ↓ ROM eller funktionellt test | Ingen effekt |
| Symptom i sittande före test _____ | | | | |
| PRO | | | | |
| Rep PRO | | | | |
| RET | | | | |
| Rep RET | | | | |
| RET EXT | | | | |
| Rep RET EXT | | | | |
| Symptom i liggande före test _____ | | | | |
| RET | | | | |
| Rep RET | | | | |
| RET EXT | | | | |
| Rep RET EXT | | | | |
| Symptom före test _____ | | | | |
| LF – H | | | | |
| Rep LF – H | | | | |
| LF – V | | | | |
| Rep LF – V | | | | |
| ROT – H | | | | |
| Rep ROT – H | | | | |
| ROT – V | | | | |
| Rep ROT – V | | | | |
| FLEX | | | | |
| Rep FLEX | | | | |
| Andra rörelser | | | | |

STATISKA TEST Pro / Ret / Flex / Annat _____ **ANDRA TEST** _____

PRELIMINÄR KLASSIFIKATION

Derangement Centralt / symmetriskt Unilateralt / asymmetriskt ovan armbåge Unilateralt / asymmetriskt nedan armbåge

Riktningpreferens: _____

Dysfunktion: Riktning _____ **Posturalt** _____ **ÖVRIGT** undergrupp: _____

Bidragande orsak till smärta och / eller funktionsbegränsning: Kontextuell Kognitiv Känsломässig Samsjuklighet

BEHANDLINGSPLAN

Utbildning _____

Övning _____ Frekvens _____

Andra övningar / åtgärder _____

Behandlingsmål _____

Signatur _____