



# INSTITUTO McKENZIE DO BRASIL

## AValiação DA COLUNA CERVICAL

Data \_\_\_\_\_ Sexo M / F

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Indicação: *Clínico / Ortop. / Própria / Outra* \_\_\_\_\_

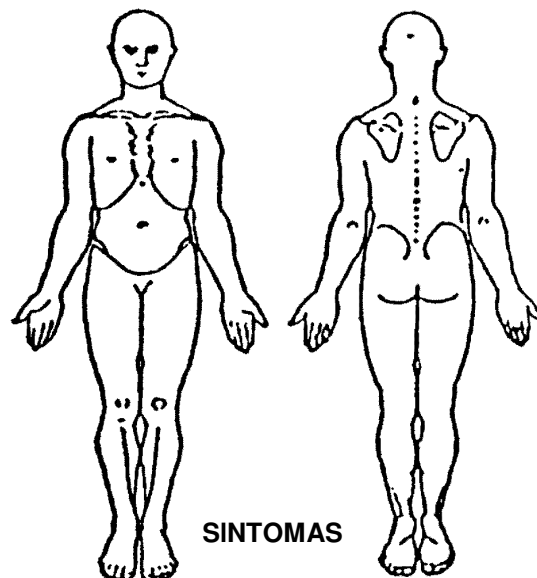
Trabalho / lazer \_\_\_\_\_

Posturas / Stresses \_\_\_\_\_

Incapacidade funcional / episódio atual \_\_\_\_\_

Pontuação Incapacidade funcional \_\_\_\_\_

Pontuação EVA (0-10) \_\_\_\_\_



### HISTÓRIA

Sintomas atuais \_\_\_\_\_

Presentes desde \_\_\_\_\_ *Melhorando / Estável / Piorando*

Começou como resultado de \_\_\_\_\_ *ou sem razão aparente*

Sintomas no início: *pescoço / braço / antebraço / cefaléia* \_\_\_\_\_

Sintomas constantes: *pescoço / braço / antebraço / cefaléia* \_\_\_\_\_ Sintomas intermitentes: *pescoço / braço / antebraço / cefaléia*

Pior *curvando* *sentado* *virando* *deitado / levantando*  
*manhã / durante o dia / final do dia* *parado / movimentando*  
*outros* \_\_\_\_\_

Melhor *curvando* *sentado* *virando* *deitado*  
*manhã / durante o dia / final do dia* *parado / movimentando*  
*outros* \_\_\_\_\_

Distúrbio do sono? *Sim / Não* \_\_\_\_\_ Travesseiro \_\_\_\_\_

Posição de dormir *prono / supino / lado D E* \_\_\_\_\_ Colchão *firme / duro / macio*

Episódios anteriores 0 1-5 6-10 11+ \_\_\_\_\_ Ano do primeiro episódio \_\_\_\_\_

História pregressa \_\_\_\_\_

Tratamentos anteriores \_\_\_\_\_

### PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Vertigem / zumbido / náusea / engolir: *pos. / neg.* \_\_\_\_\_ Modo de andar / Membros superiores: *normal / anormal*

Medicação: *nenhuma / antiinflamatórios / analgésicos / esteróides / anticoagulantes / outros* \_\_\_\_\_

Saúde geral: *boa / regular / ruim* \_\_\_\_\_

Imagens: *sim / não* \_\_\_\_\_

Cirurgia recente ou de grande porte: *sim / não* \_\_\_\_\_ Dor durante a noite: *sim / não* \_\_\_\_\_

Acidentes: *sim / não* \_\_\_\_\_ Perda inexplicada de peso: *sim / não*

Outros: \_\_\_\_\_

## EXAME

### POSTURA

Sentada: *boa / regular / ruim*      Em pé: *boa / regular / ruim*      Cabeça protrusa: *sim / não*      Torcicolo *dir. / esq. / não*  
 Correção da postura: *melhor / pior / nenhum efeito* \_\_\_\_\_ relevante: *sim / não*  
 Outras Observações: \_\_\_\_\_

### NEUROLÓGICO

Déficit Motor \_\_\_\_\_ Reflexos \_\_\_\_\_  
 Déficit Sensorial \_\_\_\_\_ Sinais da Dura \_\_\_\_\_

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Mín	Sem	Dor		Gde	Mod	Mín	Sem	Dor
Protrusão						Incl. Lat. D					
Flexão						Incl. Lat. E					
Retração						Rotação D					
Extensão						Rotação E					

**MOVIMENTOS DO TESTE** Descreva os efeitos na dor atual – **Durante:** produz, abole, aumenta, diminui, NE, centralizando, periferalizando. **Após:** melhor, pior, não melhor, não pior, NE, centralizado, periferalizado.

	Sintomas durante o teste	Sintomas após o teste	Resposta Mecânica		
			↑ADM	↓ADM	NE
<b>Sintomas pré-teste sentado:</b> _____					
PRO					
PRO Rep					
RET					
RET Rep					
RET EXT					
RET EXT Rep					
<b>Sintomas pré-teste deitado:</b> _____					
RET					
RET Rep					
RET EXT					
RET EXT Rep					
<b>Se necessário, dor pré-teste sentado:</b> _____					
IL D					
IL D Rep					
IL E					
IL E Rep					
ROT D					
ROT D Rep					
ROT E					
ROT E Rep					
FLEX					
FLEX Rep					

### TESTES ESTÁTICOS

Protrusão \_\_\_\_\_ Flexão \_\_\_\_\_  
 Retração \_\_\_\_\_ Extensão: *sentado / prono / supino* \_\_\_\_\_

### OUTROS TESTES

## CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA

*Derangement*      *Dysfunction*      *Postural*      OUTROS \_\_\_\_\_  
*Derangement:* local da dor \_\_\_\_\_

## PRINCÍPIO DE TRATAMENTO

Educação \_\_\_\_\_ Equipamento indicado \_\_\_\_\_  
 Princípio de Extensão \_\_\_\_\_ Princípio Lateral \_\_\_\_\_ Princípio de Flexão \_\_\_\_\_  
 Outro \_\_\_\_\_  
 Barreiras à recuperação \_\_\_\_\_  
 Objetivos do tratamento \_\_\_\_\_