



INSTITUTO McKENZIE DO BRASIL

AVALIAÇÃO DA COLUNA CERVICAL

Data _____

Sexo M / F

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____ Data Nasc. _____ Idade _____

Indicação: Clínico / Ortop. / Própria / Outra _____

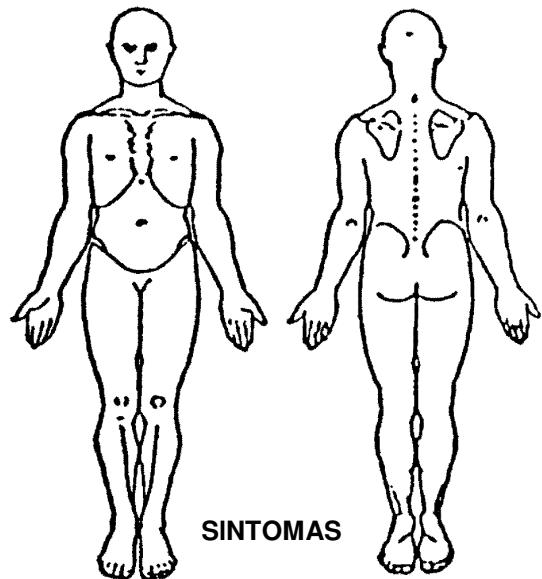
Trabalho / lazer _____

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	Incl. Lat. D	Gde	Mod	Mín	Sem	Dor
Protrusão											
Flexão											
Retração											
Extensão											

MOVIMENTOS DO TESTE

Descreva os efeitos na dor atual – Durante: produz, abole, aumenta, diminui, NE, centralizando, periferilizando. **Após:** melhor, pior, não melhor, não pior, NE, centralizado, periferilizado.

	Sintomas durante o teste		Sintomas após o teste		Resposta Mecânica		
	↑ADM	↓ADM	NE				

Sintomas pré-teste sentado: _____

PRO

PRO Rep

RET

RET Rep

RET EXT

RET EXT Rep

Sintomas pré-teste deitado: _____

RET

RET Rep

RET EXT

RET EXT Rep

Se necessário, dor pré-teste sentado: _____

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 _____