



# INSTITUTO McKENZIE DO BRASIL

## AVALIAÇÃO DAS EXTREMIDADES - MMSS

Data \_\_\_\_\_

Sexo M / F

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

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

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

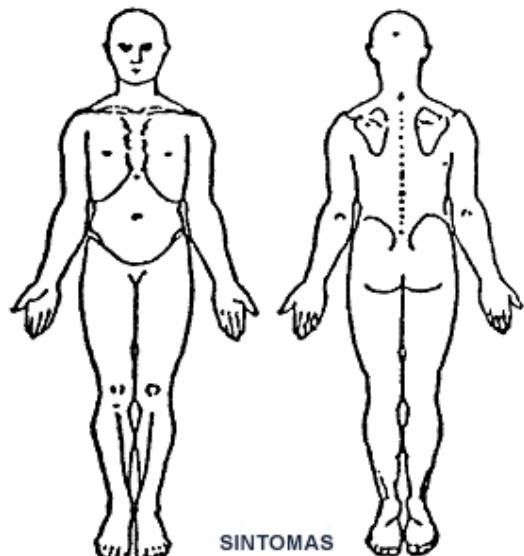
Trabalho – stresses mecânicos: \_\_\_\_\_

Lazer – stresses mecânicos: \_\_\_\_\_

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

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

Pontuação EVA (0-10) \_\_\_\_\_

Dominância: **direito / esquerdo**

### HISTÓRIA

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

Presentes desde \_\_\_\_\_ melhorando / estável / piorando

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

Sintomas no início: \_\_\_\_\_ Parestesia: sim / não

História da coluna \_\_\_\_\_ Tossir / espirrar: sim / não

Sintomas constantes: \_\_\_\_\_ Sintomas intermitentes: \_\_\_\_\_

<b>Pior</b>	curvar	sentado	virar o pescoço	vestir	alcançar	pegar
	manhã / durante o dia / final do dia		parado / movimentando		deitado: prono / supino / lado	D E
	outros					

<b>Melhor</b>	curvar	sentado	virar o pescoço	vestir	alcançar	pegar
	manhã / durante o dia / final do dia		parado / movimentando		deitado: prono / supino / lado	D E
	outros					

Uso continuado faz a dor: melhor \_\_\_\_\_ pior \_\_\_\_\_ nenhum efeito \_\_\_\_\_ Distúrbio do sono: Sim / Não

Dor em repouso: sim / não \_\_\_\_\_ Local: pescoço / ombro / cotovelo / punho / mão

Outras perguntas: inchado \_\_\_\_\_ fsgando / estalando / travando \_\_\_\_\_ deslocando \_\_\_\_\_

Episódios anteriores \_\_\_\_\_

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

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

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

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 \_\_\_\_\_

Resumo: agudo / subagudo / crônico \_\_\_\_\_ trauma / início insidioso \_\_\_\_\_

Locais para exame físico: pescoço / ombro / cotovelo / punho / mão \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

## EXAME

**POSTURA:** Sentada: *boa / regular / ruim*      Correção da postura: *melhor / pior / nenhum efeito*      Em pé: *boa / regular / ruim*

Outras Observações: \_\_\_\_\_

**NEUROLÓGICO:** NA    Motor

Sensorial

Reflexos

Tensão neural

**MEDIDAS DE REFERÊNCIA** (dor ou atividade funcional) \_\_\_\_\_

**EXTREMIDADES:** *ombro / cotovelo / punho / mão*

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Min	Sem	Dor
Flexão					
Extensão					
Supinação					
Pronação					

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Min	Sem	Dor
Adução/Desvio ulnar					
Abdução/Desvio radial					
Rotação Interna					
Rotação Externa					

**Movimento Passivo (+/- pressão extra) (sintomas e amplitude):**

DDM      DFM

**Resposta ao Teste Resistido (dor)** \_\_\_\_\_

**Outros testes:** \_\_\_\_\_

### COLUNA:

Perda de movimento \_\_\_\_\_

Efeito de movimentos repetidos \_\_\_\_\_

Efeito de posições estáticas \_\_\_\_\_

Teste da coluna: *não relevante / relevante / problema secundário* \_\_\_\_\_

**Medidas de Referência** (dor ou atividade funcional): \_\_\_\_\_

Testes Repetidos	Resposta dos Sintomas		Resposta Mecânica	
Movimento ativo/passivo, teste resistido, teste funcional	<b>Durante:</b> <i>Produz, Abole, Aumenta, Diminui, NE</i>	<b>Após:</b> <i>Melhor, Pior, NM, NP, NE</i>	<b>Efeito:</b> ↑ ou ↓ADM, força ou teste funcional principal	Nenhum Efeito
Efeito de Posições Estáticas				

### CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA: *Extremidade / Coluna*

*Dysfunction:* Articular \_\_\_\_\_      Contractile \_\_\_\_\_

*Derangement* \_\_\_\_\_      Postural \_\_\_\_\_

OUTROS \_\_\_\_\_

### PRINCÍPIO DE TRATAMENTO

Educação \_\_\_\_\_      Equipamento indicado \_\_\_\_\_

Exercício e Dosagem \_\_\_\_\_

Barreiras à recuperação \_\_\_\_\_

Objetivos do tratamento \_\_\_\_\_