



# INSTITUTO McKENZIE DO BRASIL

## AVALIAÇÃO DA COLUNA CERVICAL

### HISTÓRIA

Data: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data Nasc. \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

Endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

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

Exigências de trabalho \_\_\_\_\_

Atividades de lazer \_\_\_\_\_

Limitação funcional episódio atual \_\_\_\_\_

Pontuação questionário de incapacidade \_\_\_\_\_

NPRS (0-10) \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Sintomas constantes: *pescoço / braço / antebraço / cabeça* Sintomas intermitentes: *pescoço / braço / antebraço / cabeça*

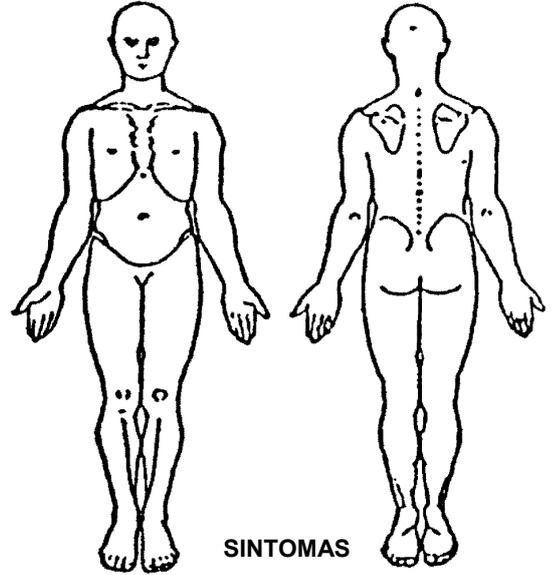
Pior *curvando* *sentado* *virando* *deitado / levantando*  
*manhã / durante o dia / final do dia* *parado / movimentando*  
*outros* \_\_\_\_\_

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

Distúrbio do sono? *Sim / Não* Posição de dormir: *prono / supino / lado D E* Travesseiros: \_\_\_\_\_

História progressiva da coluna \_\_\_\_\_

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



### PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Vertigem / zumbido / náusea / visão / fala \_\_\_\_\_ Modo de andar / Membros superiores: *normal / anormal*

Medicação: \_\_\_\_\_

Saúde geral / Comorbidades \_\_\_\_\_

Cirurgia recente ou de grande porte: *sim / não* \_\_\_\_\_

História de câncer: *sim / não* \_\_\_\_\_ Perda inexplicada de peso: *sim / não* \_\_\_\_\_

História de trauma: *sim / não* \_\_\_\_\_ Imagem: *sim / não* \_\_\_\_\_

Objetivos / expectativas do paciente: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO****OBSERVAÇÃO DA POSTURA**Sentada: *ereta / neutra / relaxada*Cabeça protrusa: *sim / não*Desvio lateral: *dir. / esq. / não*Mudança na postura: *melhor / pior / nenhum efeito*Desvio lateral relevante: *sim / não*

Outras observações / referências funcionais: \_\_\_\_\_

**NEUROLÓGICO**

Déficit Motor \_\_\_\_\_

Reflexos \_\_\_\_\_

Déficit Sensorial \_\_\_\_\_

Testes neurodinâmicos \_\_\_\_\_

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Mín	Sem	Sintomas					
						Incl. Lat. D	Gde	Mod	Mín	Sem
Protrusão										
Flexão										
Retração										
Extensão										

**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	
		↑ ou ↓ADM ou teste funcional	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			
Outros movimentos			

**TESTES ESTÁTICOS** Pro / Ret / Flex / Outro \_\_\_\_\_**OUTROS TESTES** \_\_\_\_\_**CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA**

**Derangement** Central ou Simétrico Unilateral ou Assimétrico acima do cotovelo Unilateral ou Assimétrico abaixo do cotovelo  
 Directional Preference \_\_\_\_\_

**Dysfunction:** Direção \_\_\_\_\_ **Postural** **OUTROS** subgrupo \_\_\_\_\_

**POSSÍVEIS FATORES DE DOR / INCAPACIDADE**

Comorbidades \_\_\_\_\_

Cognitivo - Emocional \_\_\_\_\_

Contextual \_\_\_\_\_

Descrição \_\_\_\_\_

**PRINCÍPIO DE TRATAMENTO**

Educação \_\_\_\_\_

Tipo de exercício \_\_\_\_\_

Frequência \_\_\_\_\_

Outros exercícios / intervenções \_\_\_\_\_

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

Assinatura \_\_\_\_\_