



INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL

AValiação DA COLUNA LOMBAR

HISTÓRIA

Data: _____

Nome _____

Data Nasc. _____ Idade _____ Sexo: M / F

Endereço _____

_____ Telefone: _____

Indicação: *Clínico / Ortop. / Própria / Outra* _____

Exigências do 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: *lombar / coxa / perna* _____

Sintomas constantes: *lombar / coxa / perna* _____ Sintomas intermitentes: *lombar / coxa / perna*

Pior *curvando* *sentado / levantando* *em pé* *andando* *deitado*

manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando*

outros _____

Melhor *curvando* *sentado* *em pé* *andando* *deitado*

manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando*

outros _____

Distúrbio do sono? *sim / não* Posição de dormir: *prono / supino / lado D E* Superfície: _____

História prévia da coluna _____

Tratamentos anteriores _____

PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Tossir / espirrar / esforço. Bexiga / Intestino: *normal / anormal* Modo de andar: *normal / anormal*

Medicação: _____

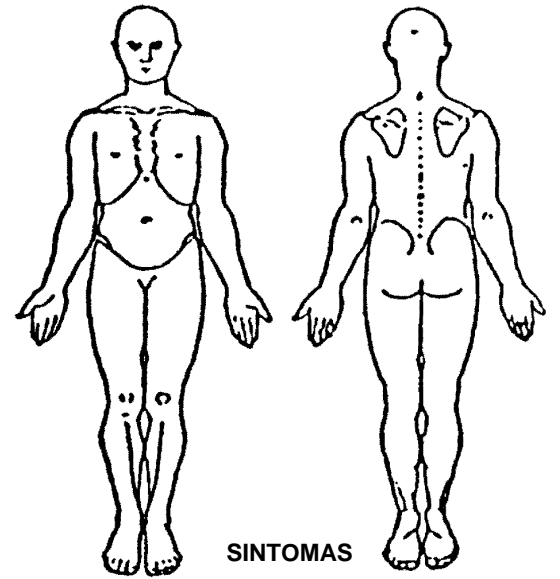
Saúde geral / Comorbidades _____

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: *lordótica / neutra / cifótica*Mudança na postura: *melhor / pior / nenhum efeito* _____Em pé: *lordótica / neutra / cifótica**Lateral shift: dir. / esq. / sem*Desvio relevante: *sim / não*

Outras observações / referências funcionais: _____

NEUROLÓGICO

Déficit Motor _____ Reflexos _____

Déficit Sensorial _____ Testes neurodinâmicos _____

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Mín	Sem	Sintomas
Flexão					
Extensão					
Deslocamento lateral D					
Deslocamento lateral E					
Outro					

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.

Resposta sintomática		Resposta mecânica	
Sintomas durante o teste	Sintomas após o teste	↑ ou ↓ADM ou teste funcional	NE
Sintomas pré-teste em pé: _____			
FEP			
FEP Rep			
EEP			
EEP Rep			
Sintomas pré-teste deitado: _____			
FD			
FD Rep			
ED			
ED Rep			
Sintomas pré-teste: _____			
DLEP D			
DLEP D Rep			
DLEP E			
DLEP E Rep			
Outros movimentos			

TESTES ESTÁTICOS

Sentar relaxado / ereto / prono em extensão / sentar alongado _____

OUTROS TESTES _____**CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA**

Derangement *Central ou Simétrico* *Unilateral ou Assimétrico acima do joelho* *Unilateral ou Assimétrico abaixo do joelho*
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 _____