



INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL

AVALIAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA

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: _____

Sintomas constantes: _____ Sintomas intermitentes: _____

Pior *curvando* *sentado / levantando* *virando pescoço / tronco* *em pé* *deitado*
manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando*
outros _____

Melhor *curvando* *sentado* *virando pescoço / tronco* *em pé* *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

Tossir / espirrar / respirar profundo _____ Modo de andar / Membros superiores: *normal / anormal*

Medicação: _____

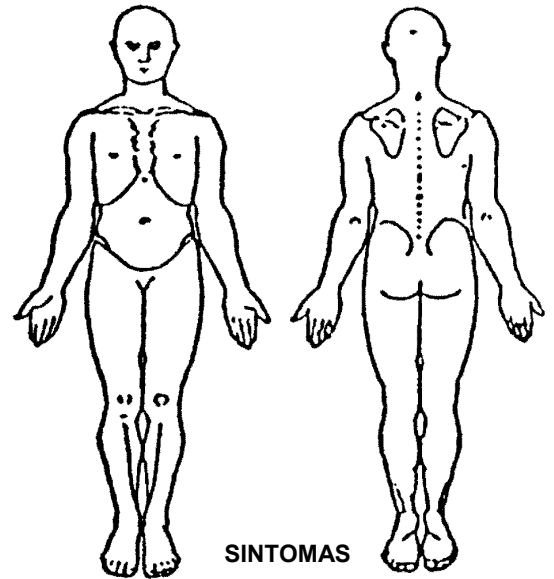
Saúde geral / Comorbidades _____

Cirurgia recente ou relevante: *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 FISICO

OBSERVAÇÃO DA POSTURA

Sentada: ereta / neutra / relaxada

Em pé: neutra / cifótica

Cabeça protrusa: sim / não

Mudança na postura: melhor / pior / nenhum efeito

Outras Observações / referências funcionais:

NEUROLÓGICO (membros superiores e inferiores)

Déficit Motor

Reflexos

Déficit Sensorial

Testes neurodinâmicos

PERDA DE MOVIMENTO

Table with 6 columns: Gde, Mod, Mín, Sem, Dor and rows for Flexão, Extensão, Rotação D, Rotação E, Outra.

TESTE MOVIMENTOS REPETIDOS COLUNA CERVICAL

Pro Rep, IL Rep E, Ret Rep, Rot Rep D, Ret Ext Rep, Rot Rep E, IL Rep D, Flex Rep

MOVIMENTOS DO TESTE

Descreva os efeitos na dor atual - Durante: produz, abole, aumenta, diminui, NE, centralizando, periferizando. Após: melhor, pior, não melhor, não pior, NE, centralizado, periferizado.

Table with 3 main columns: Sintomas durante o teste, Sintomas após o teste, and Resposta mecânica (ADM ou teste funcional, NE).

TESTES ESTÁTICOS Flex / Ext / Rot / Outro

OUTROS TESTES

CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA

Derangement

Central ou Simétrico

Unilateral ou Assimétrico

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