



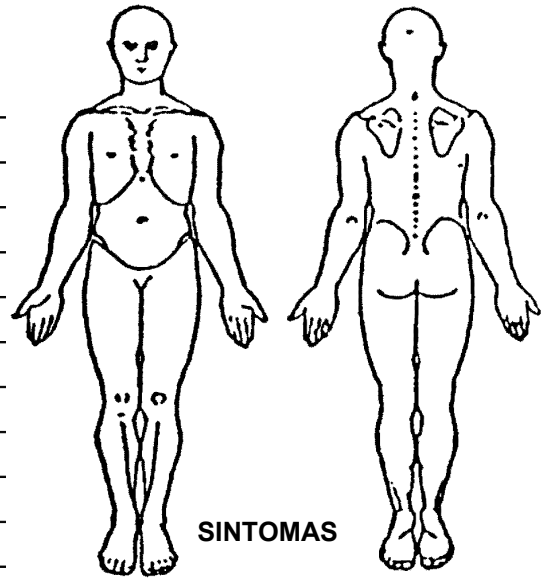
INSTITUTO MCKENZIE® DO BRASIL

AVALIAÇÃO DA COLUNA CERVICAL

Data _____ Sexo M / _____
 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 progressa _____

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

MOVIMENTOS DO TESTE Descreva os efeitos na dor atual – Durante: produz, abole, aumenta, diminui, NE, centralizando, perifertilizando. Após: melhor, pior, não melhor, não pior, NE, centralizado, perifertilizado.

	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

Desarranjo _____ Disfunção _____ Postural _____ Outra _____
 Subclassificação _____

PRINCÍPIO DE TRATAMENTO

Educação _____ Equipamento indicado _____
 Terapia Mecânica _____
 Princípio de Extensão _____ Princípio Lateral _____ Princípio de Flexão _____
 Outro _____
 Objetivos do tratamento _____