



# INSTITUTO MCKENZIE® DO BRASIL

## AVALIAÇÃO DAS EXTREMIDADES

Data \_\_\_\_\_ Sexo M / F

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

Trabalho / lazer \_\_\_\_\_

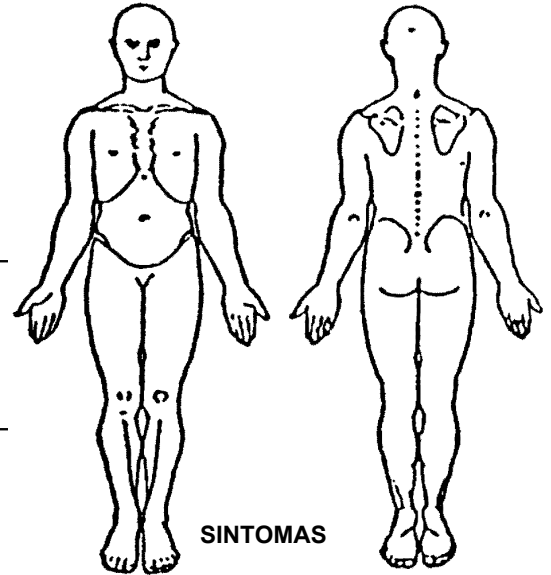
Posturas / Stresses \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

O que produz ou piora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que abole ou reduz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Uso continuado faz a dor: *Melhor* *Pior* *Nenhum efeito*

Dor em repouso: *Sim / Não*

Distúrbio do sono? *Sim / Não*

Outras perguntas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamentos deste episódio \_\_\_\_\_

Episódios anteriores \_\_\_\_\_

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

História da coluna \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *Parestesia: Sim / Não*

Medicação tentada \_\_\_\_\_ Efeito \_\_\_\_\_

Medicação atual \_\_\_\_\_

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

Imagens: *sim / não* \_\_\_\_\_

Resumo: *Agudo / Sub-agudo / Crônico* *Trauma / Início insidioso*

Locais para exame físico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**EXAME**

Observação \_\_\_\_\_

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

Movimentos Ativos (sintomas e amplitude) _____	DDM	DFM
_____		
_____		
Movimento Passivo (+/- pressão extra) (sintomas e amplitude): _____		
_____		
_____		
Resposta ao Teste Resistido (dor) _____		
_____		
_____		

**TESTES REPETIDOS** (escolha o mais sintomático acima)

Referência Sintomática	Resposta dos Sintomas		Resposta Mecânica		
	Durante o Movimento: <i>Produz, Abole, Aumenta, Diminui, NE</i>	Depois do Movimento: <i>Melhor, Pior, NM, NP, NE</i>	↑ADM	↓ADM	Nenhum Efeito
Movimento Ativo					
Movimento Passivo					
Teste Resistido					
Efeito de Posições Estáticas _____					
Outros Testes: <i>com carga, compressão, sem carga etc.</i> _____					

**COLUNA**

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

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

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

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

**CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA: Periférico / Coluna**

Disfunção: Articular \_\_\_\_\_ Contrátil \_\_\_\_\_

Desarranjo \_\_\_\_\_ Postural \_\_\_\_\_

Outro \_\_\_\_\_ Inconclusivo \_\_\_\_\_

**PRINCÍPIO DE TRATAMENTO**

Educação \_\_\_\_\_

Exercício \_\_\_\_\_ Freqüência \_\_\_\_\_

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