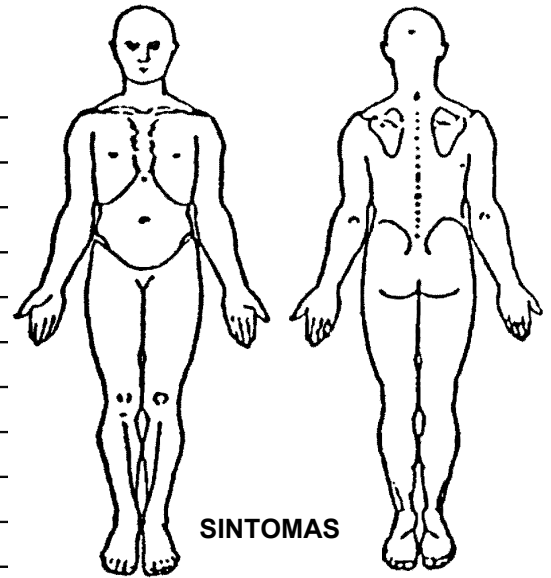




# INSTITUTO MCKENZIE® DO BRASIL

## AVALIAÇÃO DA COLUNA LOMBAR

Data \_\_\_\_\_ Sexo M / F  
 Nome \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Telefone \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_  
 Indicação: *Clinico / 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: *costas / coxa / perna* \_\_\_\_\_  
 Sintomas constantes: *costas / coxa / perna* \_\_\_\_\_ Sintomas intermitentes: *costas / 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* Colchão *firme / duro / macio*  
 Episódios anteriores 0 1-5 6-10 11+ Ano do primeiro episódio \_\_\_\_\_  
 História pregressa \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tratamentos anteriores \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Tossir / espirrar / esforço: *pos. / neg.* Bexiga: *normal / anormal* Modo de andar: *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*    Lordose: *red. / acent. / normal*    Desvio lateral: *dir. / esq. / sem*  
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
Flexão					
Extensão					
Deslocamento lateral D					
Deslocamento lateral 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
<b>Sintomas pré-teste em pé:</b> _____					
FEP					
FEP Rep					
EEP					
EEP Rep					
<b>Sintomas pré-teste deitado:</b> _____					
FD					
FD Rep					
ED					
ED Rep					
<b>Se necessário, sintomas pré-teste:</b> _____					
DLEP D					
DLEP D Rep					
DLEP E					
DLEP E Rep					

### TESTES ESTÁTICOS

Sentar relaxado \_\_\_\_\_ Sentar ereto \_\_\_\_\_  
Em pé relaxado \_\_\_\_\_ Em pé ereto \_\_\_\_\_  
Deitado em prono em extensão \_\_\_\_\_ Sentar alongado \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_