



# INSTITUTO MCKENZIE® DO BRASIL

## AVALIAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA

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

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

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

Indicação: *Clinico / Ortop. / Própria / Outra* \_\_\_\_\_

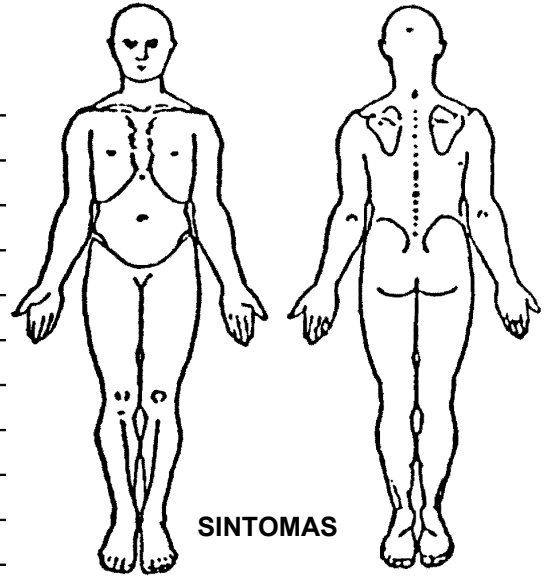
Trabalho / lazer \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

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

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

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

Tossir / espirrar / respirar profundo: *pos. / neg.* \_\_\_\_\_ *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*      Cifose: *red. / acent. / normal*  
 Correção da postura: *melhor / pior / nenhum efeito* \_\_\_\_\_  
 Outras Observações: \_\_\_\_\_

**NEUROLÓGICO** (Membros superiores e inferiores)

Déficit Motor \_\_\_\_\_ Reflexos \_\_\_\_\_  
 Déficit Sensorial \_\_\_\_\_ Sinais da Dura \_\_\_\_\_

<b>PERDA DE MOVIMENTO</b>	Gde	Mod	Mín	Sem	Dor
Flexão					
Extensão					
Rotação D					
Rotação E					
Outra					

**TESTE CERVICAL DIFERENCIAL**

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, 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 sentado:</b> _____					
FLEX					
FLEX Rep					
EXT					
EXT Rep					
<b>Sintomas pré-teste deitado:</b> _____					
ED (prono)					
ED Rep (prono)					
ED (supino)					
ED Rep (supino)					
<b>Se necessário, sintomas pré-teste sentado:</b> _____					
ROT D					
ROT D Rep					
ROT E					
ROT E Rep					
Outro					

**TESTES ESTÁTICOS**

Flexão \_\_\_\_\_ Rotação D \_\_\_\_\_  
 Extensão: *prono / supino* \_\_\_\_\_ Rotação E \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_