



INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL

AVALIAÇÃO DAS EXTREMIDADES - MMII

Data _____ Sexo M / F

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____ Data Nasc. _____ Idade _____

Indicação: *Clínico / Ortop. / Própria / Outra* _____

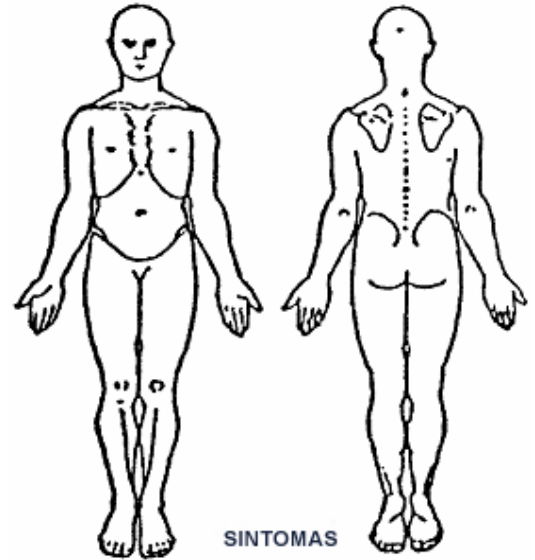
Trabalho – stresses mecânicos: _____

Lazer – stresses mecânicos: _____

Incapacidade funcional / episódio atual _____

Pontuação Incapacidade funcional _____

Pontuação EVA (0-10) _____



Dominância: *direito / esquerdo*

HISTÓRIA

Sintomas atuais _____

Presentes desde _____ *melhorando / estável / piorando*

Começou como resultado de _____ *ou sem razão aparente*

Sintomas no início: _____ *Parestesia: sim / não*

História da coluna _____ *Tossir / espirrar: sim / não*

Sintomas constantes: _____ Sintomas intermitentes: _____

Pior *curvar* *sentado / levantando / 1^{os} passos* *em pé* *andar* *escada* *agachar / ajoelhar*
manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando* *deitado: prono / supino / lado D E*
outros _____

Melhor *curvar* *sentado* *em pé* *andar* *escada* *agachar / ajoelhar*
manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando* *deitado: prono / supino / lado D E*
outros _____

Uso continuado faz a dor: *Melhor* *Pior* *Nenhum efeito* *Distúrbio do sono: sim / não*

Dor em repouso: *sim / não* *Local: coluna / quadril / joelho / tornozelo / pé*

Outras perguntas *inchado* *fisgando / estalando / travando* *falseando / cedendo*

Episódios anteriores _____

Tratamentos anteriores _____

Saúde geral: *boa / regular / ruim* _____

Medicação: *nenhuma / antiinflamatórios / analgésicos / esteróides / anticoagulantes / outros* _____

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*

Resumo: *agudo / subagudo / crônico* *trauma / início insidioso* _____

Locais para exame físico: *coluna / quadril / joelho / tornozelo / pé* *Outros:* _____

EXAME

POSTURA: Sentada: *boa / regular / ruim* Em pé: *boa / regular / ruim* Correção da postura: *melhor / pior / nenhum efeito* NA

Outras Observações: _____

NEUROLÓGICO: NA Motor _____ Sensorial _____ Reflexos _____ Tensão neural _____

MEDIDAS DE REFERÊNCIA (dor ou atividade funcional) _____

EXTREMIDADES: *quadril / joelho / tornozelo / pé*

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Min	Sem	Dor
Flexão					
Extensão					
Dorsiflexão					
Flexão plantar					

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Min	Sem	Dor
Adução / Inversão					
Abdução / Eversão					
Rotação Interna					
Rotação Externa					

Movimento Passivo (+/- pressão extra) (sintomas e amplitude): _____

DDM	DFM

Resposta ao Teste Resistido (dor) _____

Outros testes: _____

COLUNA:

Perda de movimento _____

Efeito de movimentos repetidos _____

Efeito de posições estáticas _____

Teste da coluna: *não relevante / relevante / problema secundário* _____

Medidas de Referência (dor ou atividade funcional): _____

Testes Repetidos	Resposta dos Sintomas		Resposta Mecânica	
Movimento ativo/passivo, teste resistido, teste funcional	Durante: <i>Produz, Abole, Aumenta, Diminui, NE</i>	Após: <i>Melhor, Pior, NM, NP, NE</i>	Efeito: \uparrow ou \downarrow ADM, força ou teste funcional principal	Nenhum Efeito
Efeito de Posições Estáticas				

CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA: *Extremidade / Coluna*

Dysfunction: Articular _____ *Contractile* _____

Derangement _____ *Postural* _____

OUTRO _____

PRINCÍPIO DE TRATAMENTO

Educação: _____ Equipamento indicado: _____

Exercício e Dosagem _____

Barreiras à recuperação _____

Objetivos do tratamento _____