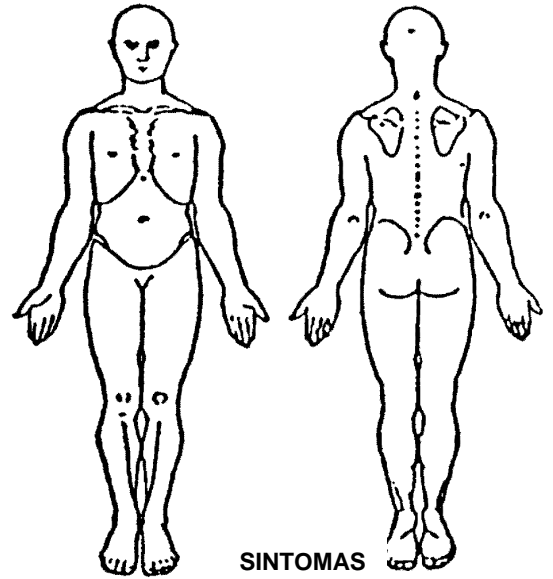




INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL

AVALIAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA

Data _____ Sexo M / F
 Nome _____
 Endereço _____
 Telefone _____ Data Nasc. _____ Idade _____
 Indicação: *Clinico / Ortop. / Própria / Outra* _____
 Esforços no trabalho _____
 Atividades de lazer _____
 Incapacidade funcional episódio atual _____
 Resultado pontuação triagem _____
 NPRS (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 *curvando* *sentado / levantando* *virando pescoço / tronco* *em pé* *deitado*
manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando*
outros _____
 Melhor *curvando* *sentado / levantando* *virando pescoço / tronco* *em pé* *deitado*
manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando*
outros _____
 Distúrbio do sono? *Sim / Não* Posição de dormir: *prono / supino / lado D E* Travesseiros: _____
 História pregressa da coluna _____
 Tratamentos anteriores _____

PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Tossir / espirrar / respirar profundo _____ Modo de andar / Membros superiores: *normal / anormal*
 Medicação: _____
 Saúde geral / Comorbidades _____
 _____ Cirurgia recente ou de grande porte: *sim / não* _____
 História de câncer: *sim / não* _____ Perda inexplicada de peso: *sim / não* _____
 História de trauma: *sim / não* _____ Imagem: *sim / não* _____
 Objetivos / expectativas / crenças do paciente: _____

EXAME FÍSICO

OBSERVAÇÃO DA POSTURA

Sentada: *ereta / neutra / relaxada*

Em pé: *neutra / cifótica*

Cabeça protrusa: *sim / não*

Mudança da postura: *melhor / pior / nenhum efeito*

Outras Observações / referências funcionais:

NEUROLÓGICO (Membros superiores e inferiores)

Déficit Motor

Reflexos

Déficit Sensorial

Testes neurodinâmicos

PERDA DE MOVIMENTO

	Gde	Mod	Mín	Sem	Dor
Flexão					
Extensão					
Rotação D					
Rotação E					
Outra					

TESTE MOVIMENTOS REPETIDOS COLUNA CERVICAL

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, periferizando. **Após:** melhor, pior, não melhor, não pior, NE, centralizado, periferizado.

	Sintomas durante o teste	Sintomas após o teste	Resposta mecânica	
			↑ ou ↓ADM ou teste funcional	NE
Sintomas pré-teste sentado:				
FLEX				
FLEX Rep				
EXT				
EXT Rep				
Sintomas pré-teste deitado:				
ED (prono)				
ED Rep (prono)				
ED (supino)				
ED Rep (supino)				
Se necessário, sintomas pré-teste sentado:				
ROT D				
ROT D Rep				
ROT E				
ROT E Rep				
Outros movimentos				

TESTES ESTÁTICOS Flex / Ext / Rot / Outro _____

OUTROS TESTES _____

CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA

Derangement

Central ou Simétrico

Unilateral ou Assimétrico

Directional Preference _____

Dysfunction: *Direção* _____

Postural

OUTROS subgrupo _____

Fatores condicionantes de dor / incapacidade

Contextual

Cognitivo

Emocional

Comorbidades

PRINCÍPIO DE TRATAMENTO

Educação _____

Tipo de exercício _____

Frequência _____

Outros exercícios / intervenções _____

Objetivos do tratamento _____

Assinatura _____