



INSTITUTO McKENZIE DO BRASIL

AVALIAÇÃO DA COLUNA CERVICAL

HISTÓRIA

Data: _____

Nome _____

Data Nasc. _____ Idade _____ Sexo: M / F

Endereço _____

_____ Telefone: _____

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

Exigências de trabalho _____

Atividades de lazer _____

Limitação funcional episódio atual _____

Pontuação questionário de incapacidade _____

NPRS (0-10) _____

Sintomas atuais _____

Presentes desde _____ *Melhorando / Estável / Piorando*

Começou como resultado de _____ *ou sem razão aparente*

Sintomas no início: *pescoço / braço / antebraço / cabeça* _____

Sintomas constantes: *pescoço / braço / antebraço / cabeça* Sintomas intermitentes: *pescoço / braço / antebraço / cabeça*

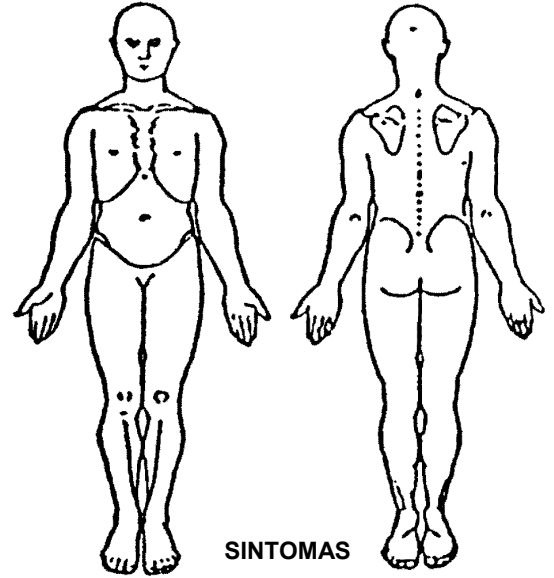
Pior *curvando* *sentado* *virando* *deitado / levantando*
manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando*
outros _____

Melhor *curvando* *sentado* *virando* *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 progressiva da coluna _____

Tratamentos anteriores _____



PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Vertigem / zumbido / náusea / visão / fala _____ 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 do paciente: _____

EXAME FÍSICO**OBSERVAÇÃO DA POSTURA**Sentada: *ereta / neutra / relaxada*Cabeça protrusa: *sim / não*Desvio lateral: *dir. / esq. / não*Mudança na postura: *melhor / pior / nenhum efeito*Desvio lateral relevante: *sim / não*

Outras observações / referências funcionais: _____

NEUROLÓGICO

Déficit Motor _____

Reflexos _____

Déficit Sensorial _____

Testes neurodinâmicos _____

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Mín	Sem	Sintomas		Gde	Mod	Mín	Sem	Sintomas
Protrusão											
Flexão											
Retração											
Extensão											

MOVIMENTOS DO TESTE

Descreva os efeitos na dor atual – Durante: produz, abole, aumenta, diminui, NE, centralizando, periferalizando. **Após:** melhor, pior, não melhor, não pior, NE, centralizado, periferalizado.

Sintomas durante o teste	Sintomas após o teste	Resposta mecânica	
		↑ ou ↓ADM ou teste funcional	NE
Sintomas pré-teste sentado: _____			
PRO			
PRO Rep			
RET			
RET Rep			
RET EXT			
RET EXT Rep			
Sintomas pré-teste deitado: _____			
RET			
RET Rep			
RET EXT			
RET EXT Rep			
Se necessário, dor pré-teste sentado: _____			
IL D			
IL D Rep			
IL E			
IL E Rep			
ROT D			
ROT D Rep			
ROT E			
ROT E Rep			
FLEX			
FLEX Rep			
Outros movimentos			

TESTES ESTÁTICOS Pro / Ret / Flex / Outro _____**OUTROS TESTES** _____**CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA**

Derangement *Central ou Simétrico* *Unilateral ou Assimétrico acima do cotovelo* *Unilateral ou Assimétrico abaixo do cotovelo*
Directional Preference _____

Dysfunction: *Direção* _____ **Postural** **OUTROS** subgrupo _____**POSSÍVEIS FATORES DE DOR / INCAPACIDADE**

Comorbidades _____

Cognitivo - Emocional _____

Contextual _____

Descrição _____

PRINCÍPIO DE TRATAMENTO

Educação _____

Tipo de exercício _____

Frequência _____

Outros exercícios / intervenções _____

Objetivos do tratamento _____

Assinatura _____