



# INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL

## AVALIAÇÃO DAS EXTREMIDADES SUPERIORES

### HISTÓRIA

Data: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data Nasc. \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

Endereço \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Indicação: *Clínico / 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 \_\_\_\_\_ *Parestesia: sim / não*

História da coluna \_\_\_\_\_ *Tossir / espirrar: pos. / neg.*

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

**Pior** *curvar* *sentado* *virar o pescoço* *vestir* *alcançar* *pegar*  
*manhã / durante o dia / final do dia* *parado / movimentando* *Dormir: prono / supino / lado D E*  
*outros* \_\_\_\_\_

**Melhor** *curvar* *sentado* *virar o pescoço* *vestir* *alcançar* *pegar*  
*manhã / durante o dia / final do dia* *parado / movimentando* *Dormir: 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: pescoço / ombro / cotovelo / punho / mão*

Outras perguntas: *inchado* *fisgando / estalando / travando* *deslocando*

Episódios anteriores \_\_\_\_\_

Tratamentos anteriores \_\_\_\_\_

Medicação \_\_\_\_\_

Saude geral / comorbidades \_\_\_\_\_

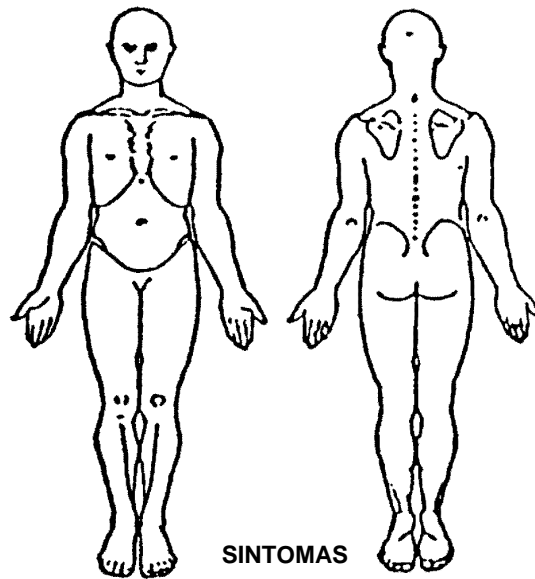
Cirurgia recente ou relevante: *sim / não* \_\_\_\_\_

História de cancer: *sim / não* \_\_\_\_\_ *Perda inexplicada de peso: sim / não* \_\_\_\_\_

História de trauma: *sim / não* \_\_\_\_\_

Imagens: *sim / não* \_\_\_\_\_

Objetivos/expectativas do paciente \_\_\_\_\_



**EXAME FÍSICO****OBSERVAÇÃO DA POSTURA**Sentada: *lordótica / neutra / cifótica*Mudança na postura: *melhor / pior / nenhum efeito*Em pé: *lordótica / neutra / cifótica*

Outras observações: \_\_\_\_\_

**NEUROLÓGICO:** NA / Motor / Sensorial / Reflexos / Neurodinâmico \_\_\_\_\_**MEDIDAS DE REFERÊNCIA** (dor ou atividade funcional) \_\_\_\_\_**EXTREMIDADES:** *ombro / cotovelo / punho / mão* \_\_\_\_\_

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Min	Sem	Sintomas	PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Min	Sem	Sintomas
Flexão						Adução / Desvio ulnar					
Extensão						Abdução / Desvio radial					
Supinação						Rotação Interna					
Pronação						Rotação Externa					

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

Resposta da dor ao Teste Resistido \_\_\_\_\_

Outros testes / posição mantida \_\_\_\_\_

**COLUNA:**

Perda de movimento \_\_\_\_\_

Efeito de movimentos repetidos \_\_\_\_\_

Efeito de posições mantidas \_\_\_\_\_

Teste da coluna: *não relevante / relevante / problema secundário* \_\_\_\_\_

Referência Sintomática: \_\_\_\_\_

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

**CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA: Extremidade / Coluna***Derangement* \_\_\_\_\_ *Directional Preference* \_\_\_\_\_*Dysfunction: Articular / Contractile* \_\_\_\_\_ *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 \_\_\_\_\_