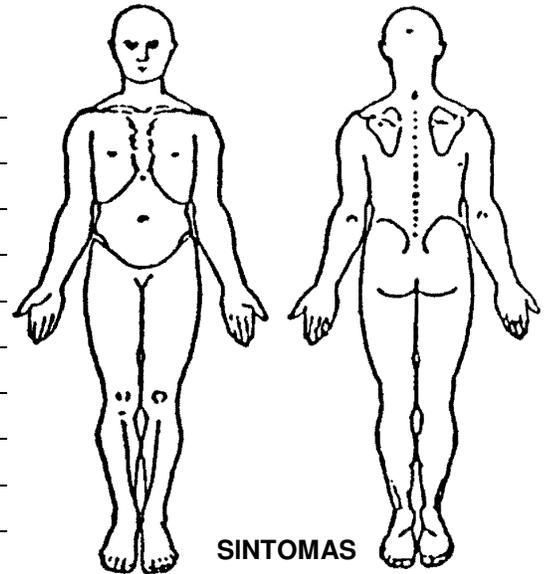




INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL AVALIAÇÃO DA COLUNA LOMBAR

Data _____ Sexo M / F
 Nome _____
 Endereço _____
 Telefone _____ Data Nasc. _____ Idade _____
 Indicação: *Clínico / 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: *costas / coxa / perna* _____
 Sintomas constantes: *costas / coxa / perna* _____
 Sintomas intermitentes: *costas / coxa / perna* _____
 Pior *curvando sentado / levantando em pé andando deitado*
manhã / durante o dia / final do dia parado / movimentando
outros _____
 Melhor *curvando sentado em pé andando deitado*
manhã / durante o dia / final do dia parado / movimentando
outros _____
 Distúrbio do sono? *Sim / Não*
 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 pregressa _____
 Tratamentos anteriores _____

PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Tossir / espirrar / esforço: *pos. / neg.* Bexiga: *normal / anormal* Modo de andar: *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* Lordose: *red. / acent. / normal* Desvio lateral: *dir. / eq. / sem*
Correção da postura: *melhor / pior / nenhum efeito* _____ relevante: *sim / não*
Outras Observações: _____

NEUROLÓGICO

Déficit Motor _____ Reflexos _____
Déficit Sensorial _____ Sinais da Dura _____

PERDA DE MOVIMENTO

	Gde	Mod	Mín	Sem	Dor
Flexão					
Extensão					
Deslocamento lateral D					
Deslocamento lateral E					

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
Sintomas pré-teste em pé: _____					
FEP					
FEP Rep					
EEP					
EEP Rep					
Sintomas pré-teste deitado: _____					
FD					
FD Rep					
ED					
ED Rep					
Se necessário, sintomas pré-teste: _____					
DLEP D					
DLEP D Rep					
DLEP E					
DLEP E Rep					

TESTES ESTÁTICOS

Sentar relaxado _____ Sentar ereto _____
Em pé relaxado _____ Em pé ereto _____
Deitado em prono em extensão _____ Sentar alongado _____

OUTROS TESTES _____

CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA

Derangement *Dysfunction* *Postural* OUTROS _____
Derangement: local da dor _____

PRINCÍPIO DE TRATAMENTO

Educação _____ Equipamento indicado _____
Princípio de Extensão _____ Princípio Lateral _____ Princípio de Flexão _____
Outro _____
Barreiras à recuperação _____
Objetivos do tratamento _____