



INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL

AVALIAÇÃO DA COLUNA TORÁCICA

Data _____ Sexo M / F

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____ Data Nasc. _____ Idade _____

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

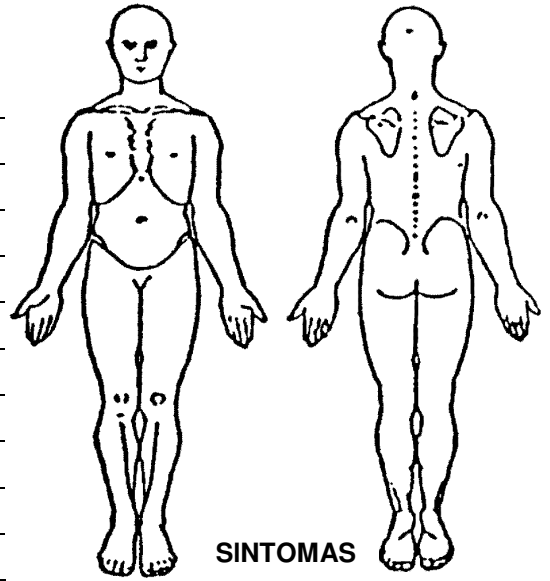
Trabalho / lazer _____

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: _____

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* Travesseiro _____

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 progressiva _____

Tratamentos anteriores _____

PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Tossir / espirrar / respirar profundo: *pos. / neg.* _____ 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* Cabeça protrusa: *sim / não* Cifose: *red. / acent. / normal*

Correção da postura: *melhor / pior / nenhum efeito* _____

Outras Observações: _____

NEUROLÓGICO (Membros superiores e inferiores)

Déficit Motor _____ Reflexos _____

Déficit Sensorial _____ Sinais da Dura _____

PERDA DE MOVIMENTO

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

TESTE CERVICAL DIFERENCIAL

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		
			↑ADM	↓ADM	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					
Outro					

TESTES ESTÁTICOS

Flexão _____ Rotação D _____

Extensão: *prono / supino* _____ Rotação E _____

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 _____