



# INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL

## AVALIAÇÃO DAS EXTREMIDADES - MMSS

Data \_\_\_\_\_ Sexo M / F

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Indicação: *Clínico / Ortop. / Própria / Outra* \_\_\_\_\_

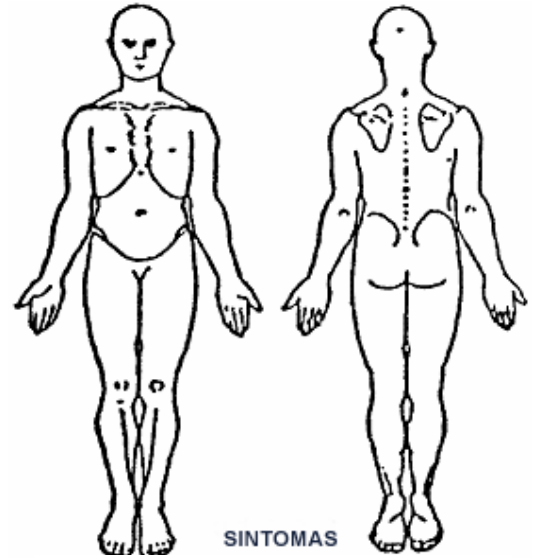
Trabalho – stresses mecânicos: \_\_\_\_\_

Lazer – stresses mecânicos: \_\_\_\_\_

Incapacidade funcional / episódio atual \_\_\_\_\_

Pontuação Incapacidade funcional \_\_\_\_\_

Pontuação EVA (0-10) \_\_\_\_\_



**Dominância: *direito / esquerdo***

### HISTÓRIA

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: sim / não*

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

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

**Melhor** *curvar* *sentado* *virar o pescoço* *vestir* *alcançar* *pegar*  
*manhã / durante o dia / final do dia* *parado / movimentando* *deitado: 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 \_\_\_\_\_

Saúde geral: *boa / regular / ruim* \_\_\_\_\_

Medicação: *nenhuma / antiinflamatórios / analgésicos / esteróides / anticoagulantes / outros* \_\_\_\_\_

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* \_\_\_\_\_

Resumo: *agudo / subagudo / crônico* *trauma / início insidioso* \_\_\_\_\_

Locais para exame físico: *pescoço / ombro / cotovelo / punho / mão* *Outros:* \_\_\_\_\_

## EXAME

**POSTURA:** Sentada: *boa / regular / ruim*

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

Em pé: *boa / regular / ruim*

Outras Observações: \_\_\_\_\_

**NEUROLÓGICO:** NA Motor

Sensorial

Reflexos

Tensão neural

**MEDIDAS DE REFERÊNCIA** (dor ou atividade funcional) \_\_\_\_\_

**EXTREMIDADES:** *ombro / cotovelo / punho / mão*

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Min	Sem	Dor
Flexão					
Extensão					
Supinação					
Pronação					

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Min	Sem	Dor
Adução/Desvio ulnar					
Abdução/Desvio radial					
Rotação Interna					
Rotação Externa					

**Movimento Passivo (+/- pressão extra) (sintomas e amplitude):**

**DDM**

**DFM**

_____		
_____		
_____		

**Resposta ao Teste Resistido (dor)** \_\_\_\_\_

**Outros testes:** \_\_\_\_\_

### COLUNA:

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

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

Efeito de posições estáticas \_\_\_\_\_

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

**Medidas de Referência** (dor ou atividade funcional): \_\_\_\_\_

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
Efeito de Posições Estáticas				

### CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA: *Extremidade / Coluna*

*Dysfunction: Articular* \_\_\_\_\_ *Contractile* \_\_\_\_\_

*Derangement* \_\_\_\_\_ *Postural* \_\_\_\_\_

OUTROS \_\_\_\_\_

### PRINCÍPIO DE TRATAMENTO

Educação \_\_\_\_\_ Equipamento indicado \_\_\_\_\_

Exercício e Dosagem \_\_\_\_\_

Barreiras à recuperação \_\_\_\_\_

Objetivos do tratamento \_\_\_\_\_