



INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL
FICHA DE REAVALIAÇÃO

Data _____ Nome _____ Visita nº _____

Verificação das estratégias de tratamento

Correção da postura: *sim / não*

Realização dos exercícios: *sim / não*

Frequência: *apropriada / não apropriada* Resposta dos sintomas ao realizar os exercícios _____

Técnica: *boa / precisa correção*

Obediência/comprometimento: *excelente / boa / regular / ruim*

Apresentação Sintomática

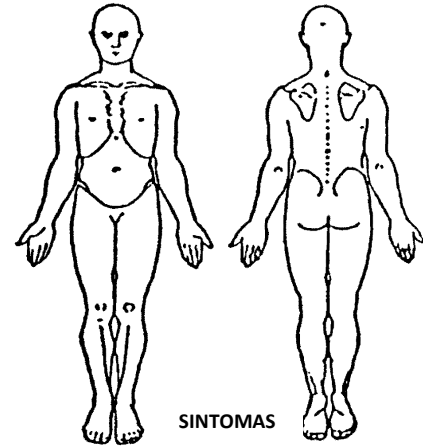
Local da dor: *centralizada / o mesmo / perifertilizada* _____

Frequência: *melhor / a mesma / pior*

Gravidade: 0 _____ 10
melhor / a mesma / pior

Condição Funcional: % de melhora desde a avaliação inicial:
0 _____ 10

Questionário Funcional: _____



Apresentação Mecânica

Postura sentada: *boa / regular / ruim* Postura em Pé: *boa / regular / ruim*

Deformidade: *sim / não / não se aplica* Teste Neurológico: *melhor / o mesmo / pior / não se aplica*

Perda de movimentos: *melhor / o mesmo / pior* _____

Técnica atual do exercício: *boa / precisa correção* Resposta Sintomática: _____

Movimentos repetidos: *melhor / o mesmo / pior* _____

RESUMO: *melhor / o mesmo / pior* **Melhora geral desde a avaliação inicial:** 0 _____ 100%

Classificação confirmada: *sim / não*

Mais testes (se necessário)

Movimentos repetidos: _____

Outros testes: _____

Classificação Revisada (se apropriado):

Derangement Dysfunction Postural OUTROS (subgrupo): _____

Tratamento hoje:

Educação: _____

Tratamento mecânico: _____

Plano: _____

Barreiras à recuperação: _____

Equipamento fornecido: *rolo lombar* _____ *rolo cervical* _____
livro coluna/pescoço _____ *rolo noturno* _____