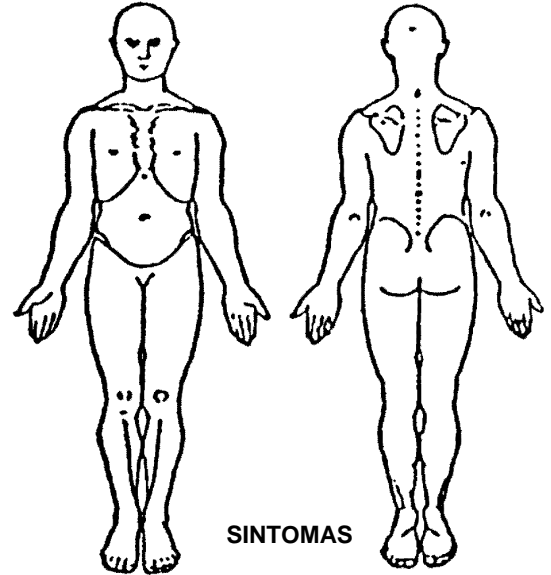




INSTITUTO McKENZIE DO BRASIL AVALIAÇÃO DA COLUNA CERVICAL

Data _____ Sexo M / F
 Nome _____
 Endereço _____
 Telefone _____ Data Nasc. _____ Idade _____
 Indicação: *Clínico / Ortop. / Própria / Outra* _____
 Esforços no trabalho _____
 Atividades de lazer _____
 Incapacidade funcional episódio atual _____
 Resultado pontuação triagem _____
 NPRS (0-10) _____



HISTÓRIA

Sintomas atuais _____
 Presentes desde _____ *Melhorando / Estável / Piorando*
 Começou como resultado de _____ *ou sem razão aparente*
 Sintomas no início: *pescoço / braço / antebraço / cabeça* _____
 Sintomas constantes: *pescoço / braço / antebraço / cabeça* Sintomas intermitentes: *pescoço / braço / antebraço / cabeça*
 Pior *curvando* *sentado* *virando* *deitado / levantando*
manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando*
outros _____
 Melhor *curvando* *sentado* *virando* *deitado*
manhã / durante o dia / final do dia *parado / movimentando*
outros _____
 Distúrbio do sono? *Sim / Não* Posição de dormir: *prono / supino / lado D E* Travesseiros: _____
 História pregressa da coluna _____
 Tratamentos anteriores _____

PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Vertigem / zumbido / náusea / visão / fala _____ Modo de andar / Membros superiores: *normal / anormal*
 Medicação: _____
 Saúde geral / Comorbidades _____
 _____ Cirurgia recente ou de grande porte: *sim / não* _____
 História de câncer: *sim / não* _____ Perda inexplicada de peso: *sim / não* _____
 História de trauma: *sim / não* _____ Imagem: *sim / não* _____
 Objetivos / expectativas / crenças do paciente: _____

EXAME FÍSICO

OBSERVAÇÃO DA POSTURA

Sentada: *ereta / neutra / relaxada*Cabeça protrusa: *sim / não*Desvio lateral: *dir. / esq. / não*Mudança na postura: *melhor / pior / nenhum efeito*Desvio lateral relevante: *sim / não*

Outras Observações / referências funcionais: _____

NEUROLÓGICO

Déficit Motor _____

Reflexos _____

Déficit Sensorial _____

Testes neurodinâmicos _____

PERDA DE MOVIMENTO

	Gde	Mod	Mín	Sem	Sintomas		Gde	Mod	Mín	Sem	Sintomas
Protrusão						Incl. Lat. D					
Flexão						Incl. Lat. E					
Retração						Rotação D					
Extensão						Rotação E					

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
Sintomas pré-teste sentado: _____		↑ ou ↓ADM ou teste funcional NE
PRO		
PRO Rep		
RET		
RET Rep		
RET EXT		
RET EXT Rep		
Sintomas pré-teste deitado: _____		
RET		
RET Rep		
RET EXT		
RET EXT Rep		
Se necessário, dor pré-teste sentado: _____		
IL D		
IL D Rep		
IL E		
IL E Rep		
ROT D		
ROT D Rep		
ROT E		
ROT E Rep		
FLEX		
FLEX Rep		
Outros movimentos		

TESTES ESTÁTICOS Pro / Ret / Flex / Outro _____

OUTROS TESTES _____

CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA

Derangement Central ou Simétrico Unilateral ou Assimétrico acima do cotovelo Unilateral ou Assimétrico abaixo do cotovelo

Directional Preference _____

Dysfunction: Direção _____

Postural _____

OUTROS subgrupo _____

Fatores condicionantes de dor / incapacidade

Contextual _____

Cognitivo _____

Emocional _____

Comorbidades _____

PRINCÍPIO DE TRATAMENTO

Educação _____

Tipo de exercício _____

Frequência _____

Outros exercícios / intervenções _____

Objetivos do tratamento _____

Assinatura _____