



INSTITUTO MCKENZIE DO BRASIL AVALIAÇÃO DA COLUNA LOMBAR

Data _____

Sexo M / F

Nome _____

Endereço _____

Telefone _____ Data Nasc. _____ Idade _____

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

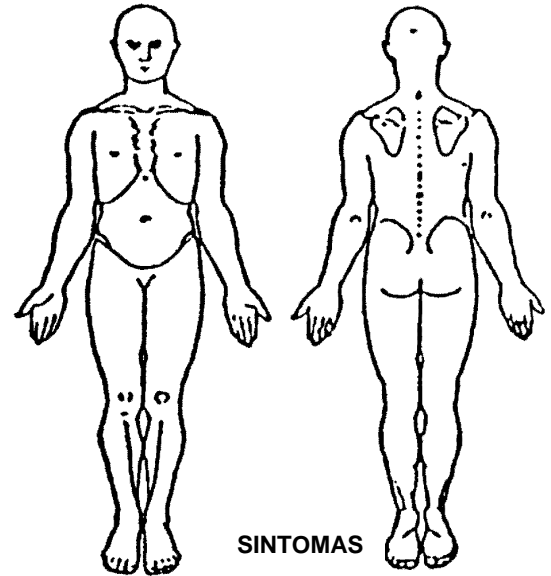
Exigências de trabalho _____

Atividades de lazer _____

Limitação funcional episódio atual _____

Pontuação questionário de incapacidade _____

NPRS (0-10) _____



HISTÓRIA

Sintomas atuais _____

Presentes desde _____ *Melhorando / Estável / Piorando*

Começou como resultado de _____ *ou sem razão aparente*

Sintomas no início: *lombar / coxa / perna* _____

Sintomas constantes: *lombar / coxa / perna* _____ Sintomas intermitentes: *lombar / 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* Superfície: _____

História prévia da coluna _____

Tratamentos anteriores _____

PERGUNTAS ESPECÍFICAS

Tossir / espirrar / esforço. *Bexiga / Intestino: normal / anormal* *Modo de andar: 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: *lordótica / neutra / cifótica*Mudança na postura: *melhor / pior / nenhum efeito* _____Em pé: *lordótica / neutra / cifótica**Lateral shift: dir. / esq. / sem*Desvio relevante: *sim / não*

Outras observações / referências funcionais: _____

NEUROLÓGICO

Déficit Motor _____ Reflexos _____

Déficit Sensorial _____ Testes neurodinâmicos _____

PERDA DE MOVIMENTO	Gde	Mod	Mín	Sem	Sintomas
Flexão					
Extensão					
Deslocamento lateral D					
Deslocamento lateral E					
Outro					

MOVIMENTOS DO TESTE Descreva os efeitos na dor atual – **Durante:** produz, abole, aumenta, diminui, NE, centralizando, periferalizando. **Após:** melhor, pior, não melhor, não pior, NE, centralizado, periferalizado.

	Sintomas durante o teste	Sintomas após o teste	Resposta mecânica	
			↑ ou ↓ADM ou teste funcional	NE
Sintomas pré-teste em pé: _____				
FEP				
FEP Rep				
EEP				
EEP Rep				
Sintomas pré-teste deitado: _____				
FD				
FD Rep				
ED				
ED Rep				
Sintomas pré-teste: _____				
DLEP D				
DLEP D Rep				
DLEP E				
DLEP E Rep				
Outros movimentos				

TESTES ESTÁTICOS

Sentar relaxado / ereto / prono em extensão / sentar alongado _____

OUTROS TESTES _____**CLASSIFICAÇÃO PROVISÓRIA****Derangement** *Central ou Simétrico* *Unilateral ou Assimétrico acima do joelho* *Unilateral ou Assimétrico abaixo do joelho**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 _____