



THE MCKENZIE INSTITUTE EXTREMITETSSTATUS NEDRE

Datum _____

Namn _____ Kön M / K

Adress _____

Telefon _____

Personnr _____

Remittent _____

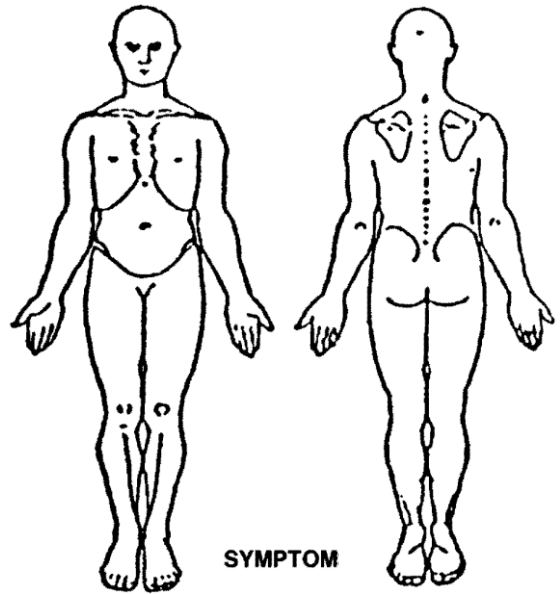
Arbete (belastning) _____

Fritid (belastning) _____

Funktionsnedsättning denna episod _____

Functional disability score _____

VAS (0-10) _____



HISTORIK

Aktuella symtom _____

Haft symtom sedan _____ Förbättras / Oförändrat / försämras

Utlösande orsak _____ Ingen uppenbar utlösande faktor

Symptom vid debut _____ Parestesier: Ja / Nej

Ryggbesvär _____ Symtomprov av Hosta / Nysa

Konstanta symtom: _____ Intermittenta Symptom: _____

Sämre av böja sitta / uppresning / första stegen stå gå trappor Huksittande / knästående
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse Sovställning: mage / rygg / sida höger / vänster
Annat _____

Bättre av böja sitta stå gå trappor huksittning / knästående
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse Sovställning: mage / rygg / sida höger / vänster
Annat _____

Fortsatt belastning : Bättre Sämre Ingen effekt Störd sömn Ja / Nej

Smärta i vila: Ja / Nej Lokal: Rygg / Höft / Knä / Fotled / Fot

Övriga frågor: Svullnad Klickande ljud / Låsningar Ben viker sig / Faller

Tidigare besvär _____

Tidigare behandlingar _____

Allmän hälsa: God / Måttlig / Dålig _____

Mediciner: Inga / NSAID / Analg / Cortison / Anticoag / Annan _____

Röntgen: Ja / Nej _____

Större/nyligen operation: Ja / Nej _____ Natlig smärta: Ja / Nej _____

Olyckor: Ja / Nej _____ Oförklarad viktminskning: Ja / Nej _____

Summering Akut / Subakut / Långvarig Trauma / Smygande debut

Områden för vidare undersökning Rygg / Höft / Knä / Fotled / Fot Annat _____

UNDERSÖKNING

HÅLLNING

Sittande *God / Måttlig / Dålig* Effekt av hållningskorrektion: *Bättre / Sämre / IE / Ej applicerbar* Stående: *God / Måttlig / Dålig*
 Övriga observationer: _____

NEUROLOGI: *Ej tillämpligt / Muskelkraft / Sensibilitet* **Reflexer / Durala tecken** _____

UTGÅNGSVÄRDEN (smärta eller funktionella aktiviteter): _____

EXTREMITET *Höft / Knä / Fotled / Fot*

NEDSATT RRL	Stor	Mod	Min	Ingen	Smärta
Flexion					
Extension					
Dorsalflexion					
Plantarflexion					

	Stor	Mod	Min	Ingen	Smärta
Adduktion / Inversion					
Abduktion / Eversion					
Inåtrotation					
Utåtrotation					

Passiva Rörelser (+/-övertryck) (symptom och rörlighet):	SUR	YLS

Motståndstest (smärta) _____

Övriga test _____

Columna

Rörlighetsförlust _____

Effekt av upprepade rörelser _____

Effekt av statisk position _____

Test av rygg *Ej relevant / Relevant / Sekundärt problem* _____

Symtom före test _____

Upprepade test	Symptomrespons		Mekanisk respons	
Aktiva/Passiva rörelser, motståndstest, funktionella test	Under – Producerar, Eliminerar, Ökar, Minskar, IE	Efter – Bättre, Sämre, EB, ES, IE	Effekt – ↑ eller ↓ RRL, styrka eller funktionellt test	Ingen Effekt
Effekt av statisk position				

PRELIMINÄR KLASSIFIKATION

Artikulär Dysfunktion _____

Derangement _____

Annat _____

Extremitet

Rygg

Kontraktil Dysf. _____

Posturalt _____

Osäkert _____

BEHANDLINGSPLAN

Utbildning _____ Erhållet hjälpmedel _____

Övning och dos _____

Behandlingsmål _____