



THE MCKENZIE INSTITUTE EXTREMITETSSTATUS ÖVRE

Datum _____

Namn _____ Kön M / K _____

Adress _____

Telefon _____

Personnr _____

Remittent: _____

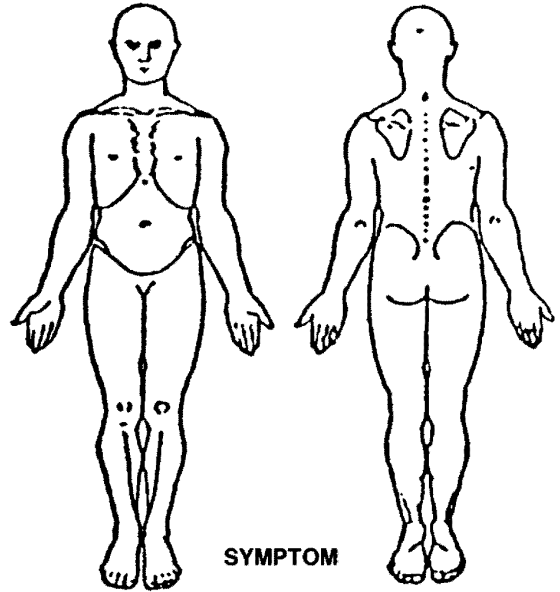
Arbete: (belastning) _____

Fritid: (belastning) _____

Funktionsnedsättning denna episod _____

Functional Disability score _____

VAS (0-10) _____



ANAMNES

Högerhänt / Vänsterhänt

Aktuella symtom _____

Haft symtom sedan _____ Förbättring / Oförändrat / Försämring

Utlösande orsak _____ Ingen uppenbar utlösande faktor

Symptom vid debut _____ Parestesier: Ja / Nej

Ryggbesvär _____ Symtomprov av Hosta / Nysa

Konstanta symtom: _____ Intermittenta symtom: _____

Sämre av böja sitta vrida huvud påklädning sträcka sig efter greppa
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse Sovställning: mage / rygg / sida H / V
Övrigt _____

Bättre av böja sitta vrida huvud påklädning sträcka sig efter greppa
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse Sovställning: mage / rygg / sida H / V
Övrigt _____

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

Smärta i vila Ja / Nej Lokal: Nacke / Axel / Armbåge / Handled / Hand

Övriga frågor: Svullnad Smärthugg / Kickande ljud / Låsningar Subluxationer

Tidigare besvär: _____

Tidigare behandlingar: _____

Allmän hälsa: God / Måttlig / Dålig _____

Mediciner: Nej / NSAIDS / Analg / Kortison / Antikoag / Annan _____

Röntgen: Ja / Nej _____

Nyligen/större operation: Ja / Nej _____ Natlig smärta: Ja / Nej _____

Olycksfall: Ja / Nej _____ Oförklarlig viktminskning: Ja / Nej _____

Summering Akut / Sub-akut / Kronisk Trauma / Smygande debut

Områden för vidare undersökning Nacke / Axel / Armbåge / Handled / Hand Övrigt: _____

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): _____

EXTREMITIET *Axel / Armbåge / Handled / Hand* _____

RRL-FÖRLUST	Stor	Mod	Min	Ingen	Smärta
Flexion					
Extension					
Supination					
Pronation					

	Stor	Mod	Min	Ingen	Smärta
Adduktion / Ulnardeviation					
Abduktion / Radialdeviation					
Inåtrotation					
Utåtrotation					

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

	SUR	YLS

Motståndstest (smärta) _____

Övriga test _____

Columna

Rörlighetsförlust _____

Effekt av upprepade rörelser _____

Effekt av statisk position _____

Ryggestatus *Ej relevant / Relevant / Sekundärt problem* _____

Symtom före test _____

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

PRELIMINÄR KLASSIFIKATION

Artikulär dysfunktion _____

Derangement _____

Annat _____

Extremitet

Kontraktill dysfunktion _____

Posturalt _____

Osäkert _____

Columna

BEHANDLINGSPLAN

Utbildning _____ Erhållet hjälpmedel _____

Övning och dos _____

Behandlingsmål _____