



# SVENSKA MCKENZIEINSTITUTET EXTREMITETSSTATUS NEDRE

Datum \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_ Kön \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Personnr \_\_\_\_\_ Ålder \_\_\_\_\_

Remittent: *Dr / orto / egen / annan* \_\_\_\_\_

Arbete: Mekanisk belastning \_\_\_\_\_

Fritidsaktiviteter \_\_\_\_\_

Funktionsnedsättning denna episod \_\_\_\_\_

Utvärderingsinstrument / poäng \_\_\_\_\_

NPRS (0-10) \_\_\_\_\_

Aktuella symptom \_\_\_\_\_

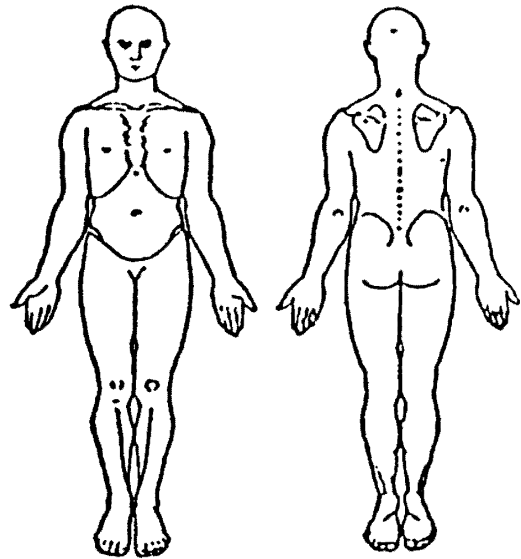
Symptom sedan \_\_\_\_\_ *under förbättring / oförändrat / under försämring*

Utlösande faktor \_\_\_\_\_ *Ingen uppenbar utlösande faktor*

Symptom vid debut \_\_\_\_\_ Parestesier: ja / nej

Ryggbesvär \_\_\_\_\_ Symptomprov av hosta / nysa

Konstanta symptom: \_\_\_\_\_ 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 H / V  
Övrigt \_\_\_\_\_

**Bättre av** böja sitta stå gå trappor huksittande / knästående  
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse Sovställning: mage / rygg / sida H / V  
Övrigt \_\_\_\_\_

Fortsatt belastning gör smärtan: *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: \_\_\_\_\_

Mediciner: \_\_\_\_\_

Allmän hälsa / Samsjuklighet: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nylig / relevant operation: ja / nej \_\_\_\_\_

Tidigare cancer: ja / nej \_\_\_\_\_ Oförklarlig viktnedgång: ja / nej \_\_\_\_\_

Tidigare trauma: ja / nej \_\_\_\_\_ Röntgen: ja / nej \_\_\_\_\_

Målsättning / förväntningar / egna föreställningar: \_\_\_\_\_

## UNDERSÖKNING

### HÅLLNING

Sittande: *lordotisk / neutral / kyfotisk*    Effekt av hållningsändring: *bättre / sämre / ingen effekt*    Stående: *lordotisk / neutral / kyfotisk*

Övriga observationer: \_\_\_\_\_

**NEUROLOGI:**    Ej relevant / muskelkraft / sensibilitet/ reflexer / nervdynamiska test \_\_\_\_\_

**UTGÅNGSVÄRDEN:** Smärta eller funktionella aktiviteter \_\_\_\_\_

**EXTREMITETER**                    *höft / knä / fotled / fot* \_\_\_\_\_

RRL - FÖRLUST	Stor	Mod	Min	Ingen	Symptom
Flexion					
Extension					
Dorsalflexion					
Plantarflexion					
Annat:					

	Stor	Mod	Min	Ingen	Symptom
Adduktion / Inversion					
Abduktion / Eversion					
Inåtrotation					
Utåtrotation					
Annat:					

**Passiva rörelser:** symptom, rörlighet samt +/- övertryck: \_\_\_\_\_

	SUR	YLS
_____		
_____		

**Motståndstest smärtsvar** \_\_\_\_\_

**Övriga test / statisk position** \_\_\_\_\_

### RYGGRAD

Rörlighetsförlust \_\_\_\_\_

Effekt av upprepade rörelser \_\_\_\_\_

Effekt av statisk position \_\_\_\_\_

Test av rygg    *ej relevant / relevant / sekundärt problem* \_\_\_\_\_

**Symptom före test** \_\_\_\_\_

Upprepade test	Symptomrespons		Mekanisk respons	
Aktiva / passiva rörelser, motstånds-, funktionella test	Under Producerar, Eliminerar, Ökar, Minskar, IE	Efter Bättre, Sämre, EB, ES, IE	Effekt ↑ or ↓ RRL, styrka eller funktionellt test	Ingen effekt

**PRELIMINÄR KLASSIFIKATION**                    **Extremitet**                    **Columna**  
**Derangement** \_\_\_\_\_                    Riktningpreferens \_\_\_\_\_  
**Dysfunktion:** Artikulär / Kontraktil \_\_\_\_\_                    **Posturalt**    **ÖVRIGT** undergrupp: \_\_\_\_\_

**BIDRAGANDE ORSAK TILL SMÄRTA OCH / ELLER FUNKTIONSBEGRÄNSNING**  
 Samsjuklighet Kognitiv Känslomässig Kontextuell    Beskrivning: \_\_\_\_\_

**BEHANDLINGSPLAN**  
 Utbildning \_\_\_\_\_  
 Övning \_\_\_\_\_                    Frekvens \_\_\_\_\_  
 Andra övningar / åtgärder \_\_\_\_\_  
 Behandlingsmål \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_                    Signatur \_\_\_\_\_