



SVENSKA MCKENZIEINSTITUTET

EXTREMITETSSTATUS ÖVRE

Datum _____

Namn _____ Kön _____

Adress _____

Telefon _____

Personnr _____ Ålder _____

Remittent: *Dr / orto / egen / annan* _____

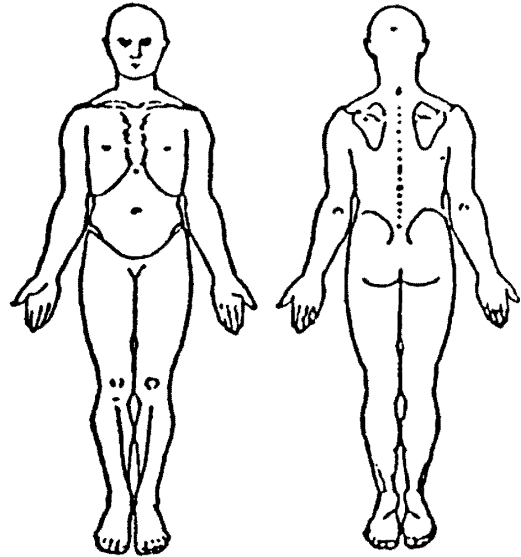
Arbete: Mekanisk belastning _____

Fritidsaktiviteter _____

Funktionsnedsättning denna episod _____

Utvärderingsinstrument / poäng _____

NPRS (0-10) _____



Högerhänt / Vänsterhänt

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: _____

Sämrre 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 gör smärtan: bättre sämrre ingen effekt Störd sömn ja / nej

Smärta i vila ja / nej Lokal: nacke / axel / armbåge / handled / hand

Övriga frågor: svullnad klickande ljud / låsningar subluxationer

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 *axel / armbåge / handled / hand* _____

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

	Stor	Mod	Min	Ingen	Symptom
Adduktion / Inversion					
Abduktion / Eversion					
Inåtotation					
Utåtotation					
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	
	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 _____ **Postural** **ÖVRIGT** undergrupp: _____

BIDRAGANDE ORSAK TILL SMÄRTA OCH / ELLER FUNKTIONSBEGRÄNSNING

Samsjuklighet Kognitiv Känslomässig Kontextuell Beskrivning: _____

BEHANDLINGSPLAN

Utbildning _____

Övning _____ Frekvens _____

Andra övningar / åtgärder _____

Behandlingsmål _____

Signatur