



# SVENSKA MCKENZIE INSTITUTET LUMBALSTATUS

Datum \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_ Könsidentitet \_\_\_\_\_

Personnr \_\_\_\_\_ Ålder \_\_\_\_\_

Remittent: Dr / ortoped / egen / annan \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Fritidsaktiviteter \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Utvärderingsinstrument / Poäng \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Aktuella symtom \_\_\_\_\_

Symtom sedan \_\_\_\_\_ under förbättring / ingen förändring / under försämring

Utlösande faktor \_\_\_\_\_ ingen uppenbar utlösande faktor

Symtom vid debut: rygg / lår / underben \_\_\_\_\_

Konstanta symtom: rygg / lår / underben \_\_\_\_\_ Intermittenta symtom: rygg / lår / underben \_\_\_\_\_

Sämre av böja sitta / uppresning stå gå liggande  
morgon / under dagen/ kväll i vila / i rörelse  
annat \_\_\_\_\_

Bättre av böja sitta stå gå liggande  
morgon / under dagen/ kväll i vila / i rörelse  
annat \_\_\_\_\_

Störd sömn ja / nej Sovställning: mage / rygg / sida H / V Säng: \_\_\_\_\_

Tidigare besvär \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tidigare behandling \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SPECIFIKA FRÅGOR

Hosta / nysa / krysta Blåsa / Tarm: normal / förändrad Gång: normal / förändrad

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

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

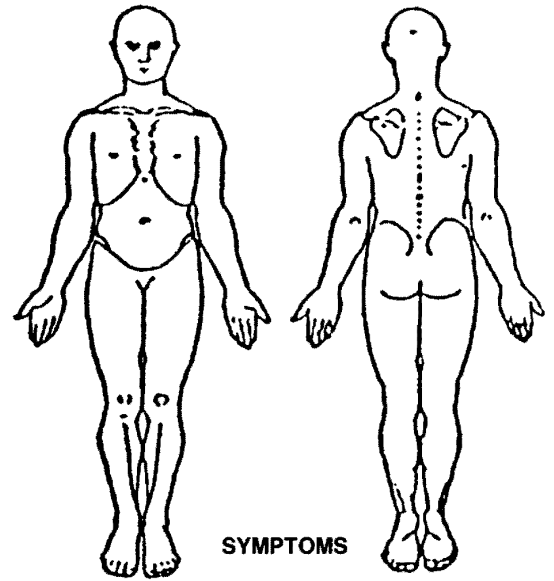
\_\_\_\_\_ Tidigare / relevant operation: ja / nej \_\_\_\_\_

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

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

Målsättning / Förväntningar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## UNDERSÖKNING

### OBSERVATION AV HÅLLNING

Sittande: *lordotisk / neutral / kyfotisk* Hållningsändring: *ingen effekt / effekt* \_\_\_\_\_

Stående: *lordotisk / neutral / kyfotisk* Lateral shift: *höger / vänster / inget* Relevant shift: *ja / nej*

Övriga observationer / funktionella utgångsvärden: \_\_\_\_\_

### NEUROLOGI

Muskelkraft \_\_\_\_\_ Reflexer \_\_\_\_\_

Sensibilitet \_\_\_\_\_ Nervdynamiska test \_\_\_\_\_

RRL-FÖRLUST	Stor	Mod	Liten	Ingen	Symtom
Flexion					
Extension					
SGIS H					
SGIS V					
Övrigt					

### TESTRÖRELSER

Beskriv effekten på akutella smärtan – Under: P=Producerar, Ö=Ökar, M=Minskar, IE=Ingen effekt, Centraliserar, Periferiserar.  
Efter: B=Bättre, S=Sämre, EB=Ej bättre, ES=Ej sämre, IE=Ingen effekt, Centraliserad, Periferiserad.

	Symtom respons		Mekanisk respons	
	Under test	Efter test	Effekt – Förändring i rörlighet / funktionella test	Ingen effekt
<b>Symtom före test i stående</b>				
FIS				
Rep FIS				
EIS				
Rep EIS				
<b>Symtom före test i liggande</b>				
FIL				
Rep FIL				
EIL				
Rep EIL				
<b>Symtom före test</b>				
SGIS - H				
Rep SGIS - H				
SGIS - V				
Rep SGIS - V				
Andra rörelser				

### STATISKA TEST

Sitta med kyfos / sitta med lordos / sitta med raka ben / extension i magliggande \_\_\_\_\_

### ANDRA TEST

### PRELIMINÄR KLASSIFICERING

Allvarlig patologi: \_\_\_\_\_  Medicinska tillstånd: \_\_\_\_\_

- |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Derangement                    | Riktningpreferens: _____  | <input type="checkbox"/> Central / symmetrisk       | <input type="checkbox"/> Unilateral / asymmetrisk<br>ovan knä | <input type="checkbox"/> Unilateral / asymmetrisk<br>nedom knä |
| <input type="checkbox"/> Artikulär dysfunktion<br>/ ANR | <input type="checkbox"/> Atypiskt mekaniskt<br>tillstånd              | <input type="checkbox"/> Långvarigt<br>smärtsyndrom | <input type="checkbox"/> Inflammatorisk artropati /<br>artrit | <input type="checkbox"/> Postoperativt                         |
| <input type="checkbox"/> Posturalt syndrom              | <input type="checkbox"/> Radikulärt syndrom<br>utan riktningpreferens | <input type="checkbox"/> Spinal stenosis            | <input type="checkbox"/> Strukturell vävnadsskada             | <input type="checkbox"/> Trauma / läkning<br>efter trauma      |

Klassificering undergrupp / beskrivning \_\_\_\_\_

### BIDRAGANDE FAKTORER TILL SMÄRTA / NEDSATT FUNKTION

Samsjuklighet Kognitiv - Emotionell Kontextuellt

Beskrivning: \_\_\_\_\_

### BEHANDLINGSPLAN

Utbildning \_\_\_\_\_

Övningar \_\_\_\_\_ Frekvens \_\_\_\_\_

Andra övningar / åtgärder \_\_\_\_\_

Behandlingsmål \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signaturen \_\_\_\_\_