



SVENSKA MCKENZIEINSTITUTET

THORAKALSTATUS

Datum _____

Namn _____ Kön _____

Adress _____

Telefon _____

Personnr _____ Ålder _____

Renittent: Dr / orto / egen / annan _____

Arbete: Mekanisk belastning _____

Fritidsaktiviteter _____

Funktionsnedsättning denna episod _____

Utvärderingsinstrument / poäng _____

NRS (0-10) _____

Aktuella symptom _____

Symptom sedan _____ under förbättring / oförändrat / under försämring

Utlösande faktor _____ ingen uppenbar utlösande faktor

Symptom vid debut _____

Konstanta symptom _____ Intermittenta symptom _____

Sämre av böja sitta / uppresning vrida huvud / bål stå ligga
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse
annat _____

Bättre av böja sitta / uppresning vrida huvud / bål stå ligga
morgon / under dagen / kväll i stillhet / i rörelse
annat _____

Störd sömn ja / nej Sovställning : mage / rygg / sida H / V Kuddar: _____

Tidigare besvär _____

Tidigare behandling _____

SPECIFIKA FRÅGOR

Hosta / nysa / djupa andetag _____ Gång / Övre extremitet: normal / förändrad

Mediciner: _____

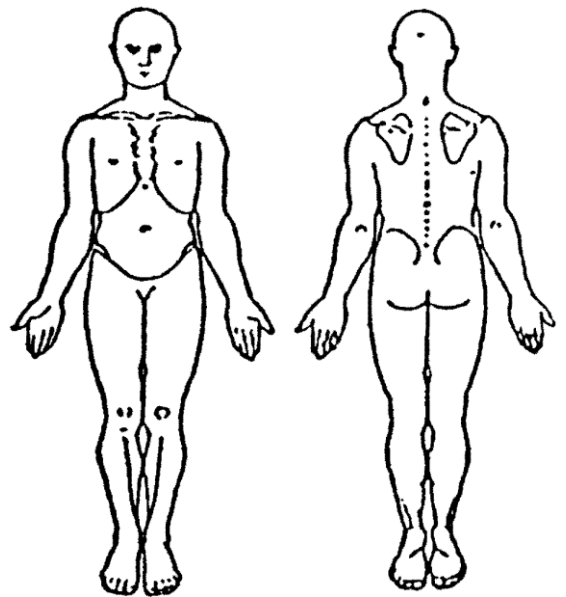
Allmän hälsa / Samsjuklighet: _____

_____ Nylig / relevant operation: ja / nej _____

Tidigare cancer: ja / nej _____ Oförklarad viktminskning: ja / nej _____

Tidigare trauma: ja / nej _____ Bilddiagnostik: ja / nej _____

Målsättning / förväntningar / egna föreställningar: _____



UNDERSÖKNING

HÅLLNING

Sittande: upprätt / *neutral* / *hopsjunken* Protraherat huvud: *ja* / *nej* Effekt av hållningskorrigering: *bättre* / *sämre* / *ingen effekt*

Stående: *neutral* / *kyfotisk* _____

Övriga fynd / funktionella utgångsvärden: _____

NEUROLOGI (övre och nedre extremitet)

Muskelkraft _____ Reflexer _____

Sensibilitet _____ Nervdynamiska test _____

TEST AV REPETERADE RÖRELSE FÖR CERVICALCOLUMNA

RRL-INSKRÄNK.	Stor	Mod	Liten	Ingen	Smärta
Flexion					
Extension					
Rotation H					
Rotation V					
Annat					

Rep Pro _____

Rep Ret _____

Rep Ret Ext _____

Rep LF – H _____

Rep LF – V _____

Rep ROT – H _____

Rep ROT – V _____

Rep Flex _____

TESTRÖRELSE

Beskriv effekten på aktuell smärta – Under: P=producerar, E=elimineras, 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.

Symptom under test	Symptom efter test	Mekanisk respons	
		Effekt - ↑ eller ↓ ROM eller funktionellt test	Ingen effekt
Symptom i sittande före test _____			
FLEX _____			
Rep FLEX _____			
EXT _____			
Rep EXT _____			
Symptom i liggande före test _____			
EIL (magliggande) _____			
Rep EIL (magliggande) _____			
EIL (ryggliggande) _____			
Rep EIL (ryggliggande) _____			
Symptom i sittande före test _____			
ROT – H _____			
Rep ROT – H _____			
ROT – V _____			
Rep ROT – V _____			
Andra rörelser _____			

STATISKA TEST Flex / Ext / Rotation / Annat _____ **ANDRA TEST** _____

PRELIMINÄR KLASSIFIKATION

Derangement Centralt eller symmetriskt _____ Unilateralt eller asymmetriskt _____

Riktningpreferens: _____

Dysfunktion: Riktning _____ **Postural** _____ **ÖVRIGT** undergrupp: _____

Bidragande orsak till smärta och / eller funktionsbegränsning: Kontextuell _____ Kognitiv _____ Känslomässig _____ Samsjuklighet _____

BEHANDLINGSPLAN

Utbildning _____

Övning _____ Frekvens _____

Andra övningar / åtgärder _____

Behandlingsmål _____

Signatur _____