



THE MCKENZIE INSTITUTE HÁTI GERINC VIZSGÁLATI LAP

Dátum: _____

Név: _____ Nem: _____

Telefonszám: _____

Születési dátum: _____ Életkor: _____

Beutalta: Házi orvos / Ortopéd orvos / Önállóan érkezett / Egyéb: _____

Munkájából adódó terhelések: _____

Szabadidős tevékenységek: _____

Korlátozott funkciók a jelen epizódnál: _____

Funkcionális korlátozottság mértéke: _____

NPRS(0-10): _____

Meglévő tünetek: _____

Tünetek kezdete: _____ Javul / változatlan / romlik

Kiváltó ok: _____ Ismeretlen

Kezdeti tünetek: _____

Állandó tünetek: _____ Időszakos tünetek: _____

Fokozódik *előrehajlás* *ülés / ülésből felkelés* *fejfordítás / törzsfordítás* *állás* *fekvés*
reggel / a nap folyamán / este *nyugalomban / mozgáskor*
Egyéb: _____

Enyhül: *előrehajlás* *ülés / ülésből felkelés* *fejfordítás / törzsfordítás* *állás* *fekvés*
reggel / a nap folyamán / este *nyugalomban / mozgáskor*
Egyéb: _____

Alvászavar: *igen / nem* Alvóhelyzet: *hason / háton / oldalt (J) (B)* Pámák: _____

Korábbi gerincre vonatkozó kórtörténet: _____

Korábbi kezelések: _____

SPECÁLIS KÉRDÉSEK

Köhögés / tüszentés / sóhajlás _____ *Járás / felsővégtag: normális / abnormalis*

Gyógyszerek: _____

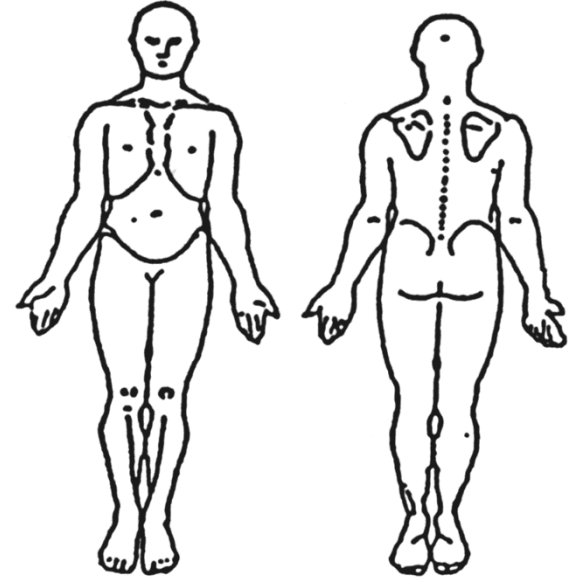
Általános egészségi állapot / társbetegségek: _____

_____ Friss / releváns műtét: *igen / nem* _____

Rák a kórtörténetben: *igen / nem* Indokolatlan súlyvesztés: *igen / nem* _____

Trauma a kórtörténetben: *igen / nem* Képzelt eljárások: *igen / nem* _____

A beteg céljai / elvárásai: _____



KLINIKAI VIZSGÁLAT

TESTTARTÁS MEGFIGYELÉSE

Ülés: *egyenes / neutrális / görnyedt* Előretolt fej: *igen/nem* Testtartás megváltoztatásának hatása: *jobb / rosszabb / nincs hatás* _____
 Állás: *egyenes / neutrális / görnyedt*

Egyéb megfigyelések / funkcionális állapot: _____

NEUROLÓGIA (felső és alsó végtag)

Motoros deficit: _____ Reflexek: _____

Szenzoros deficit: _____ Neurodinamikai tesztek: _____

ISMÉTELT MOZGÁSOK VIZSGÁLATA A NYAKI GERINCEN

MOZGÁS-BESZŰKÜLÉS	Nagy	Köz.	Kicsi	Nincs	Tünetek
Flexió:					
Extenzió:					
Rotáció (J):					
Rotáció (B):					
Egyéb:					

Ism. Pro _____
 Ism. Ret _____
 Ism. Ret Ext _____
 Ism. LF – J _____
 Ism. LF – B _____
 Ism. ROT – J _____
 Ism. ROT – B _____
 Ism. Flex _____

MOZGÁSVIZSGÁLAT: Írd le a fájdalomra gyakorolt hatást mozgás közben: kialakul, megszűnik, fokozódik, csökken, nincs hatás, centralizál, periferizál. **Utána:** jobb marad, rosszabb marad, nem marad jobb, nem marad rosszabb, nincs hatás, centralizált, periferizált.

	Tüneti reakció		Mechanikai reakció	
	Mozgás közben	Mozgás után	Hatás - ↑ vagy ↓ ROM vagy kulcsfontosságú funkcionális teszt	Nincs hatás
Kiindulási tünetek ülésben				
FLEX				
Ism. FLEX				
EXT				
Ism. EXT				
Kiindulási tünetek fekvésben				
EF (hason)				
Ism. EF (hason)				
EF (háton)				
Ism. EF (háton)				
Kiindulási tünetek ülésben				
ROT – J				
Ism. ROT – J				
ROT – B				
Ism. ROT – B				
Egyéb mozgások				

STATIKUS TESZTEK: Flex / Ext / Rotáció / Egyéb _____ **EGYÉB TESZTEK** _____

ELŐZETES CSOPORTBA SOROLÁS

Derangement Centrális vagy szimmetrikus Unilaterális vagy asszimmetrikus

Preferált mozgásirány _____

Diszfunkció: Iránya _____ **Poszturális** **EGYÉB** alcsoport: _____

A FÁJDALMAT ÉS/VAGY A MOZGÁSKORLÁTOZOTTSÁGOT POTENCIÁLISAN BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK

Társbetegségek Kognitív – érzelmi Környezeti

Leírás: _____

KEZELÉSI ELV

Betegoktatás _____

Gyakorlat típusa _____ Gyakoriság _____

Egyéb gyakorlatok / beavatkozások _____

Kezelési célok _____ Aláírás _____