



THE MCKENZIE INSTITUTE

HÁTI GERINC VIZSGÁLATI LAP

Dátum _____

Név _____ Nem _____

Születési dátum _____ Életkor _____

Beutalta: H.o./Ortop/Magától/Egyéb _____

Munkahelyi terhelés _____

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
leülés/felállás
nyak/törzs fordítás
állás
fekvés
reggel / a nap folyamán / este
nyugalomban / mozgáskor
egyéb _____

Enyhül
előrehajlás
leülés/felállás
nyak/törzs fordítás
állás
fekvés
reggel / a nap folyamán / este
nyugalomban / mozgáskor
egyéb _____

Alvászavar igen / nem Alvó helyzet: hason / hanyatt / oldalt J / B Párnák: _____

Korábbi gerinc kórtörténet _____

Korábbi gerinc kezelések _____

SPECIÁLIS KÉRDÉSEK

Köhögés / tüsszentés / sóhajtás _____ Járás/felső végtag: normális / abnormális

Gyógyszerek: _____

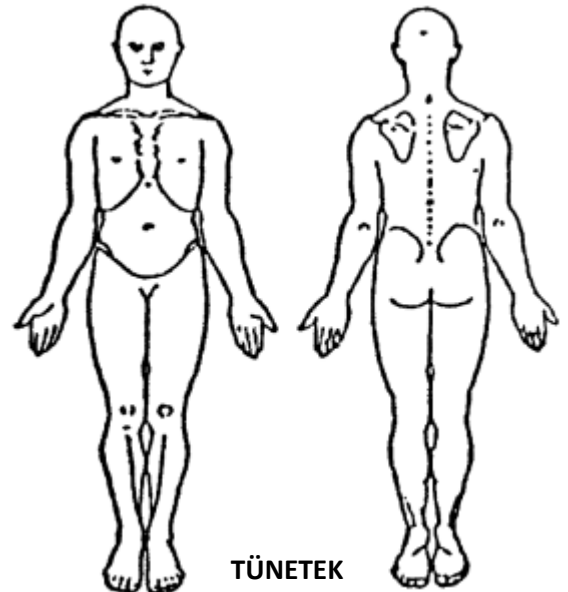
Általános egészségi állapot / Társbetegségek: _____

Friss / releváns műtét: igen / nem _____

Kórtörténetben rák: igen / nem _____ Indokolatlan fogyás: igen / nem _____

Kórtörténetben sérülés: igen / nem _____ Képzalkotó: igen / nem _____

Beteg céljai / elvárásai: _____



FIZIKÁLIS VIZSGÁLAT

TESTTARTÁS MEGFIGYELÉSE

Ülés: *egyenes / neutrális / görnyedt*

Előrehelyezett fej: *igen / nem*

Oldaltartás: *jobb / bal / nincs*

Tartásmódosítás hatása: *nincs hatás / hatás*

Oldaltartás releváns: *igen / nem*

Egyéb megfigyelések / funkcionális kiindulási állapotok: _____

NEUROLÓGIAI VIZSGÁLAT (felső és alsó végtag)

Motoros deficit _____

Reflexek _____

Szenzoros deficit _____

Neurodinamikai tesztek _____

MOZGÁSBESZŰKÜLÉS	Nagy	Kzp	Kis	Nincs	Tünetek
Flexió					
Extenzió					
Rotáció J					
Rotáció B					
Egyéb					

NYAKI ISMÉTELT MOZGÁSVIZSGÁLAT

Ism. Pro _____

Ism. Ret _____

Ism. Ret Ext _____

Ism. LF J _____

Ism. LF B _____

Ism. Rot J _____

Ism. Rot B _____

Ism. Flex _____

MOZGÁSVIZSGÁLAT Jegyezze fel a fájdalomra gyakorolt hatást – **Közben:** kialakul, megszűnik, fokozódik, enyhül, nincs hatás, centralizálódik, periferializálódik. **Utána:** jobb marad, rosszabb marad, nem marad jobb, nem marad rosszabb, nincs hatás, centralizálódott, periferializálódott.

	Tüneti reakció		Mechanikai reakció	
	Mozgás közben	Mozgás után	Hatás – ROM / funk. teszt változás	Nincs hatás
Kiindulási tünetek ülve				
FLEX				
Ism. FLEX				
EXT				
Ism. EXT				
Kiindulási tünetek fekvésben				
EF (hason)				
Ism.EF (hason)				
EF (hanyatt)				
Ism.EF (hanyatt)				
Kiindulási tünetek ülve				
ROT- J				
Ism. ROT- J				
ROT - B				
Ism. ROT - B				
Egyéb mozgások				

STATIKUS TESZTEK

Pro / Ret / Flex / Egyéb _____

EGYÉB TESZTEK

ELŐZETES CSOPORTBASOROLÁS

☐ Súlyos patológia: _____ ☐ Egészségügyi probléma: _____

☐ Derangement: Preferált mozgásirány: _____ ☐ Centrális v. szimmetrikus ☐ Egyoldali v. aszimmetrikus

☐ Artikuláris diszfunkció / LIGY	☐ Atípusos mech. áll.	☐ Krónikus fájdalom szindróma	☐ Gyulladásos ízületi bet. / ízületi gyulladás	☐ Posztóp. állapot
☐ Poszturális szindróma	☐ PM nélküli Radikuláris szindróma	☐ Canalis spinalis stenosis	☐ Strukturális károsodás	☐ Sérülés / Gyógyuló sérülés

Alcsoport / részletezés: _____

FÁJD. ÉS/VAGY MOZG.KORL. BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK Társbetegségek

Kognitív – Érzelmi

Kontextuális

Leírás _____

KEZELÉSI ELV

Felvilágosítás _____

Gyakorlat típusa _____ Gyakoriság _____

Egyéb gyakorlatok / beavatkozások _____

Kezelési célok _____

Aláírás _____