



THE MCKENZIE INSTITUTE

NYAKI 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: nyak / felkar / alkar / fej _____

Állandó tünetek: nyak / felkar / alkar / fej _____ Időszakos tünetek: nyak / felkar / alkar / fej _____

Fokozódik előrehajlás ülés fordulás lefekvés/felkelés
reggel / a nap folyamán / este nyugalomban / mozgáskor
egyéb _____

Enyhül előrehajlás ülés fordulás lefekvés/felkelés
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

Szédülés / fülzúgás / émelygés / látás / beszéd _____ Járás/felső végtag: normális / abnormális

Gyógyszerek: _____

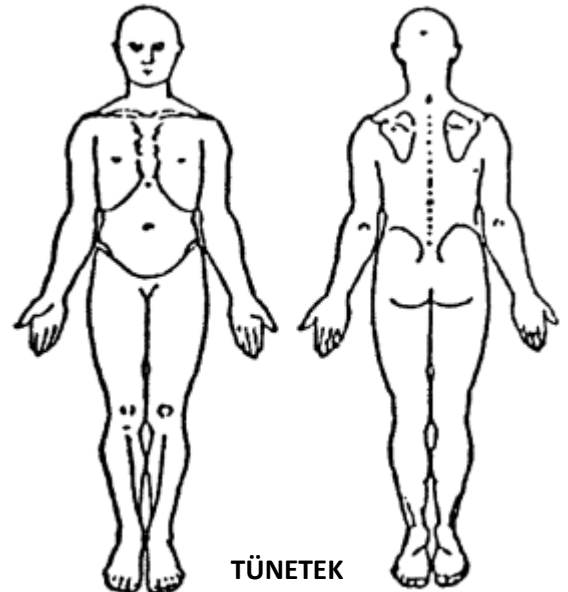
Általános egészségi állapot / Társbetegségek: _____

_____ 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

Motoros deficit _____

Reflexek _____

Szenzoros deficit _____

Neurodinamikai tesztek _____

MOZGÁSBESZÜKÜLÉS	Nagy	Kzp	Kis	Nincs	Tünetek
Protrakció					
Flexió					
Retrakció					
Extenzió					

MOZGÁSBESZÜKÜLÉS	Nagy	Kzp	Kis	Nincs	Tünetek
Laterálflex J					
Laterálflex B					
Rotáció J					
Rotáció B					

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. test változás	Nincs hatás
Kiindulási tünetek ülve				
PRO				
Ism. PRO				
RET				
Ism. RET				
RET EXT				
Ism. RET EXT				
Kiindulási tünetek fekvésben				
RET				
Ism. RET				
RET EXT				
Ism. RET EXT				
Kiindulási tünetek				
LF - J				
Ism. LF - J				
LF - B				
Ism. LF - B				
ROT J				
Ism. ROT J				
ROT B				
Ism. ROT B				
FLEX				
Ism. FLEX				
Egyéb mozgások				

STATIKUS TESZTEK

Pro / Ret / Flex / Egyéb _____

EGYÉB TESZTEK

ELŐZETES CSOPORTBASOROLÁS

☐ Súlyos patológia: _____	☐ Egészségügyi probléma: _____
☐ Derangement: Preferált mozgásirány: _____	☐ Centrál. v. szimmetrikus
☐ Artikuláris diszfunkció / LIGY	☐ Unilat. v. aszim. könyök felett
☐ Poszturális szindróma	☐ Gyulladásos ízületi bet. / ízületi gyulladás
☐ Atípusos mech. áll.	☐ Strukturális károsodás
☐ PM nélküli Radikuláris szindróma	☐ Unilat. v. aszim. könyök alatt
☐ Krónikus fájdalom szindróma	☐ Poszttop. állapot
☐ Canalis spinalis stenosis	☐ 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 _____