



ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ MCKENZIE ΦΟΡΜΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΩ ΑΚΡΟΥ

Ημερομηνία _____
Όνομα _____ Φύλο _____
Διεύθυνση _____
Τηλέφωνο _____
Ημ.Γέννησης _____ Ηλικία _____
Παραπομπή: Παθ/Ορθ/Ο Ίδιος/Άλλος _____
Εργασιακές απαιτήσεις _____

Δραστηριότητες ελεύθ.χρόνου _____

Λειτουργικοί περιορισμοί απο το τρέχον επεισόδιο _____

Βαθμολογία λειτ.ανικανότητας _____

Βαθμολογία ΛΑΚΠ(0-10) _____

Παρόντα Συμπτώματα _____

Παρόντα από _____ βελτιούμενα / αμετάβλητα / επιδεινούμενα

Έναρξη ως αποτέλεσμα _____ όχι προφανής λόγος

Συμπτώματα κατά την έναρξη _____ Παισθησία: ναι / όχι

Ιστορικό Σπ.Στήλης _____ Βήχας/ Φτέρνισμα +κο / -κο

Αδιάκοπα συμπτώματα: _____ Διακοπτόμενα Συμπτώματα: _____

Χειρότερα σκύψιμο κάθισμα στροφή αυχένα ντύσιμο άπλωμα χεριού σύλληψη
πμ / στην πρόοδο της ημέρας / μμ ακινησία/ στην κίνηση Στάση ύπνου: πρηνή / ύπτια / πλάγια Δ / Α
Άλλα _____

Καλύτερα σκύψιμο κάθισμα στροφή αυχένα ντύσιμο άπλωμα χεριού σύλληψη
πμ / στην πρόοδο της ημέρας/ μμ ακινησία / στην κίνηση Στάση ύπνου: πρηνή / ύπτια / πλάγια Δ / Α
Άλλα _____

Η συνεχής χρήση κάνει τον πόνο: καλύτερα χειρότερα όχι αποτέλεσμα Ανήσυχος ύπνος ναι /όχι

Πόνος κατά την ανάπαυση ναι / όχι Περιοχή: ΑΜΣΣ/ώμος / αγκώνας / καρπός/ χέρι

Άλλες Ερωτήσεις: πρήξιμο πιάσιμο/ κριγμός / κλειδωμα Υπερξαρθρώνεται

Προηγούμενο Ιστορικό _____

Προηγούμενες Θεραπείες _____

Φάρμακευτική αγωγή _____

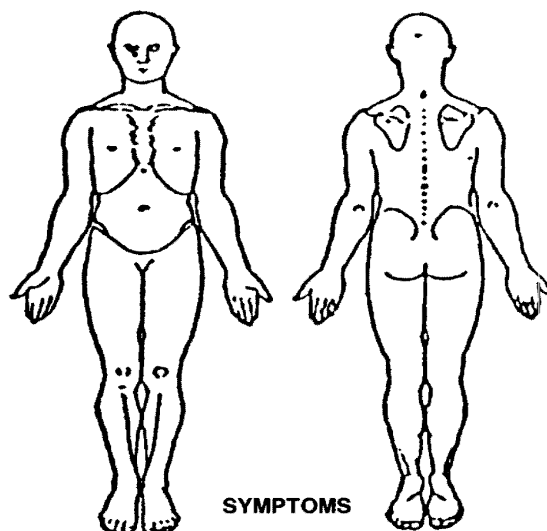
Γενική κατάσταση υγείας / Συννοσηρότητες: _____

_____ Πρόσφατο / σχετικό χειρουργείο: ναι / όχι _____

Ιστορικό καρκίνου: ναι / όχι _____ Ανεξήγητη απώλεια βάρους: ναι / όχι _____

Ιστορικό Τραύματος: ναι / όχι _____ Απεικονίσεις: ναι/ όχι _____

Στόχοι ασθενή /προσδοκίες: _____



Δεξιότητα: Δεξιά/ Αριστερά

