

FYSISK UNDERSØGELSE – THORACAL COLUMNNA		Dato:
Patientnavn:	CPR:	Behandler:

HOLDNING		
Siddende: <i>God/Rimelig/Dårlig</i>	Stående: <i>God/Rimelig/Dårlig</i>	
Protraheret hoved: <i>Ja/Nej</i>	Kyfose: <i>Red / Acc / Normal</i>	
Holdningskorrektion: <i>Bedre/Værre/Ingen effekt</i>	Relevant: <i>Ja/Nej</i>	
Andre observationer:		

NEUROLOGISK TEST (Over- og underekstremiteter)	
Motorisk:	Reflekser:
Sensorisk:	Durategn:

BEVÆGELSESTAB	maj	mod	min	nul	smerte	CERVICAL DIFFERENTIAL TESTING	
Fleksion						Rep Pro	
Extension						Rep Ret	
Rotation (V)						Rep Ret Ext	
Rotation (H)						Rep SB (H)	
Andet						Rep SB (V)	
						Rep ROT (H)	
						Rep ROT (V)	
						Rep Flex	

Ift. smerter			Ift. bevægelighed		
	Symptomer under test	Symptomer efter test	Mekanisk respons		
Baseline symptomer i siddende før test			Bedre	Nedsat	Ingen effekt
FLEX					
Rep FLEX					
EXT					
Rep EXT					
ROT (H)					
Rep ROT (H)					
ROT (V)					
Rep ROT (V)					
Andet					
Baseline symptomer i liggende før test					
EIL (Fremligg.)					
Rep EIL (Fremlig.)					
EIL (Rygligg.)					
Rep EIL (Rygligg.)					

STATISKE TEST	
Flexion:	Rotation (H):
Ekstension /mave / ryg:	Rotation (V):

ANDRE TESTS:

KONKLUSION: (Klinisk ræsonnering)

Hovedproblem: (Årsag)

Del-problem: (Symptomer)

Pt. samtykke: ☐

Mål/midler ICF

Krop:

Aktivitet:

Deltagelse:

Forholde sig til National Kliniske Retningslinjer?

JA ☐ NEJ ☐

Hvis NEJ, Uddyb:

Behandlingsplan og mål aftalt med patient:Pt. samtykke: ☐

Prognose og tidsramme for behandling:

Behandling udført i dag:

Pt. samtykke: ☐

Øvelser – rep:

Pt. samtykke: ☐

Aftalt til næste gang:

Pt. samtykke: ☐