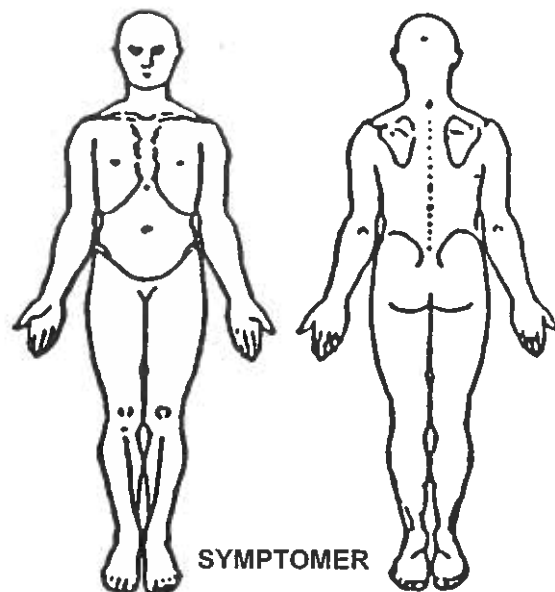




INSTITUT FOR MEKANISK DIAGNOSTIK OG TERAPI

Undersøgelsesskema for Lumbal columna

Dato ____ / ____ / ____
Navn _____ Køn: M / K
Adresse _____
Telefon _____
Cpr.nr ____ / ____ / ____ Alder ____
Henvist af: PL / SL / Andre _____
Beskæftigelse _____
Fritid _____
Holdning / belastning _____
Funktionstab fra nuværende episode _____
Funktionstab score = _____
VAS score (0-10) = _____



ANAMNESE

Beskriv relevante symptomer _____

Til stede siden ____ / ____ / ____ Bedring / Uændret / Forværring

Begyndte som følge af _____ / Uden grund

Symptomer ved start: Ryg / Lår / Underben _____

Konstante symptomer: Ryg / Lår / Underben _____

Værre: Foroverbøjning Sidde / Rejse sig Stå Gå Ligge

Morgen / I løbet af dagen / Aften

Stationær / I bevægelse

Andet _____

Bedre: Foroverbøjning Sidde Stå Gå Ligge

Morgen / I løbet af dagen / Aften

Stationær / I bevægelse

Andet _____

Søvnforstyrrelser: Ja / Nej Liggestilling: Mave / Ryg / Siden (H) / (V) Madras: Hård / Medium / Bløt

Tidligere episoder: 0 1-5 6-10 11+ Første episode årstal: _____

Tidligere episoder: _____

Tidligere behandling: _____

SPECIFIKKE SPØRGSMÅL

Hoste / Nyse / Bugpresse: +ve / -ve Blærefunktion: Normal / Anormal Gang: Normal / Patologisk

Medicin: Ingen / NSAID / Analg / Steroider / Anticoag / Anden _____

Generelt helbred: Godt / Rimeligt / Dårligt _____

Billeddiagnostik: Ja / Nej _____

Nyre eller større operationer: Ja / Nej _____ Natlige smerter: Ja / Nej _____

Uheld: Ja / Nej _____ Uforklarligt vægttab: Ja / Nej _____

Andet _____