Cervikalstatus

2007

Branch of Sweden

Datum: ……

Namn: …….. Kön: M/K

Personnr: ……

Adress: ……

Telefon: ……

Remittent: *Läkare / själv / annan*……..

Arbete: Mekanisk belastning……...

……

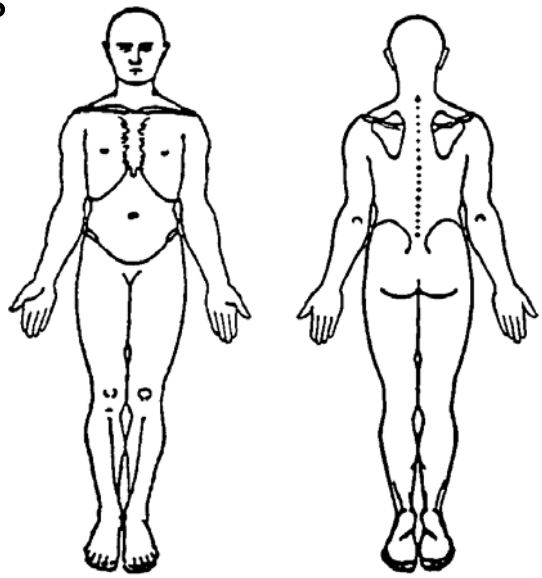
Fritid: Mekanisk belastning……...

Funktionsnedsättning denna episod: ……...

……

Functional Disability Score = ……

VAS (0-10) = ……..……



SYMTOM

ANAMNES

Aktuella symtom: ……

Haft symtom sedan ……*Under förbättring / Oförändrat / Under försämring*

Utlösande faktor: ……*Ingen uppenbar utlösande faktor*

Symtom vid debut: *nacke/ överarm / underarm / huvudvärk* ……

Konstanta symtom: *nacke/överarm /underarm /huvudvärk* Intermittenta symtom: *nacke/överarm /underarm /huvudvärk*

Sämre av: *böja* *sitta* *vrida* *ligga / resa sig*

morgon / under dagen / kväll *i stillhet / i rörelse*

Övrigt: ……

Bättre av: *böja* *sitta* *vrida* *ligga*

morgon / under dagen / kväll *i stillhet / i rörelse*

Övrigt: ……

Störd sömn: *Ja / Nej*

Kudde:……

Sovställning: *mage / rygg / sida hö vä*

Säng: fast / mjuk / hängande

Antal besvärsperioder: 0 1-5 6-10 11 +

Nackbesvär första gången: ……

Tidigare besvär: ……

……

Tidigare behandling: ……

……

SPECIFIKA FRÅGOR

Yrsel / tinnitus / illamående / sväljningsbesvär

Gång / övre extremiteter: *normal / förändrad*

Mediciner: *nej / NSAID / analg / kortison / antikoag / annan* ……

Allmän hälsa: *god / måttlig / dålig* ……

Röntgen: *Ja / Nej* ……

Större / nyligen op: *Ja / Nej* ……Nattlig smärta: *Ja / Nej*……...

Olycksfall: *Ja / Nej* …… Oförklarad viktminskning: *Ja / Nej* ……

Övrigt: ……

……