



INSTITUT McKENZIE

EVALUATION DES MEMBRES INFÉRIEURS

Date _____

Nom _____ Sexe M / F _____

Adresse _____

Téléphone _____

Né le _____ Age _____

Prescription par: Généraliste / Rhumato / Ortho / Autre _____

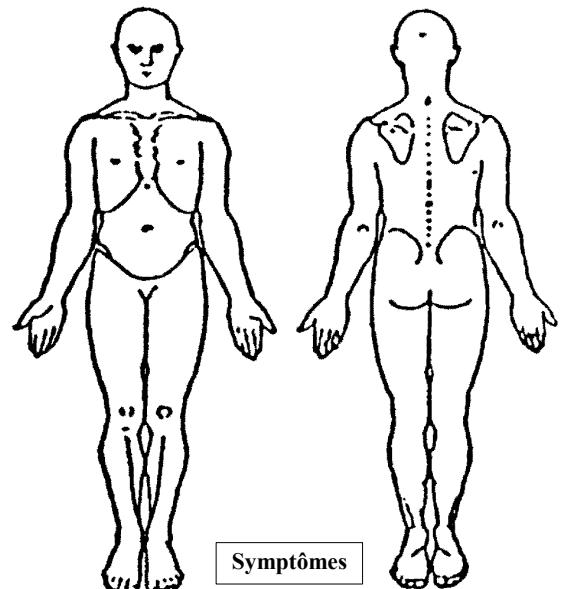
Travail : contraintes mécaniques _____

Loisirs : contraintes mécaniques _____

Incapacité fonctionnelle liée à cet épisode _____

Score d'incapacité fonctionnelle _____

Score EVA (0-10) _____



Symptômes

HISTORIQUE

Symptômes actuels _____

Présents depuis _____

Amélioration/stationnaire/détérioration

Facteur déclenchant _____

Sans raison apparente

Symptômes initiaux : Lombaire / hanche / genou / cheville / pied

Paresthésie : Oui / Non

Historique colonne _____

Toux / Eternuement : + if / - if

Symptômes constants : Lbr. / hanche / genou / cheville / pied Sympt. intermittents : Lbr. / hanche / genou / cheville / pied

Empiré : Se pencher Assis / Se lever Debout Marcher Escaliers S'accroupir / A genou

Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement Couché : décu / procu / latéro D / G

Autres : _____

Amélioré : Se pencher Assis / Se lever Debout Marcher Escaliers S'accroupir / A genou

Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement Couché : décu / procu / latéro D / G

Autres : _____

Effets sur la douleur de l'utilisation continue de l'articulation : Mieux Empiré Sans effet Sommeil Perturbé Oui / Non

Douleur au repos Oui / Non Site : Lombaire / Hanche / Genou / Cheville / Pied

Autres questions CEdème Ressaut / Craquement / Blocage Dérobement

Traitements cet épisode _____

Episodes antérieurs _____

Traitements antérieurs _____

Santé générale Bonne / Passable / Mauvaise _____

Médicaments Aucun / AINS / Analg / Cortisone / Anticoag / Autres _____

Imagerie oui / non _____

Chirurgie récente ou majeure : oui / non Doul Noct : oui / non _____

Accidents: oui / non Perte de poids inexplicable : oui / non _____

Résumé: Aigu / subaigu / Chronique Traumatisme / début insidieux

Parties du corps à examiner lombaire / hanche / genou / cheville / pied Autres : _____

EXAMEN

OBSERVATION DE LA POSTURE

Assis: bonne / pass / mauv Correction de la posture : Mieux / Empiré / Sans effet / NA Debout: bonne / pass / mauv

Autres observations: _____

NEUROLOGIQUE : NA / Moteur / Sensitif / Dural _____

BILANS de DEPART (douleur ou activité fonctionnelle) _____

EXTRÉMITÉS Hanche / Genou / Cheville / Pied

PERTE DE MVT	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Flexion					
Extension					
Flexion dorsale					
Flexion plantaire					

	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Adduction / Inversion					
Abduction / Eversion					
Rotation Interne					
Rotation Externe					

Mouvements passifs (+/- sur pression) (noter symptômes et amplitudes)	DPM	DFA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Réponse aux tests résistés (douleur) _____

Autres tests _____

COLONNE

Perte d'amplitude _____

Effet des mouvements répétés _____

Effet des postures _____

Test colonne Non pertinent / pertinent / secondaire

Symptômes de départ _____

Tests répétés	Réponse symptomatique		Réponse mécanique	
Mouvement actif/passif, test résisté, test fonctionnel	Pendant le mouvement – Produit (P), Augmente (↑), Abolit (A), Diminue (↓), Sans Effet (SE)	Après le mouvement – Mieux (M), Empiré (E), Pas Mieux (PM), Pas Empiré (PE), Sans Effet (SE)	Effet – ↑ ou ↓AMP, force ou test fonctionnel clé	Sans Effet
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
Effet du positionnement statique (posture)	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dysfonction Articulaire _____

Dérangement _____

Autre _____

Extrémités

Colonne

Dysfonction Contractile _____

Postural _____

PRINCIPE DE MANAGEMENT

Education _____

Matiériel fourni _____

Exercice et posologie _____

Obstacles à la récupération _____

Objectifs du traitement _____