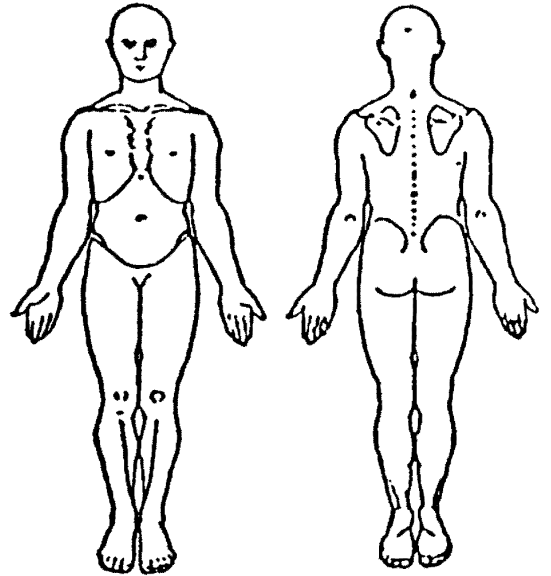




# THE MCKENZIE INSTITUTE CERVICAL SPINE ASSESSMENT

Date \_\_\_\_\_  
 Nom \_\_\_\_\_ Genre M / F \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_  
 Date de Naissance \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
 Prescripteur: \_\_\_\_\_  
 Exigences professionnelles \_\_\_\_\_



Loisirs \_\_\_\_\_

Limitation fonctionnelle depuis cet épisode \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Score fonctionnel \_\_\_\_\_  
 EVA (0-10) \_\_\_\_\_

Symptômes actuels \_\_\_\_\_

Depuis \_\_\_\_\_ s'améliore / stationnaire / se détériore

Facteur déclenchant \_\_\_\_\_ sans raison apparente

Symptômes initiaux: *cou / bras / avant-bras / tête* \_\_\_\_\_

Symptômes constants: *cou/bras/avant-bras/tête* \_\_\_\_\_ Symptômes intermittents: *cou/bras/avant-bras/tête*

Empiré *pencher* *assis* *tourner* *allongé / se lever*  
*matin / cours de journée / soir* *au repos / en mouvement*  
*autre* \_\_\_\_\_

Mieux *pencher* *assis* *tourner* *lallongé*  
*matin / cours de journée / soir* *au repos / en mouvement*  
*autre* \_\_\_\_\_

Sommeil perturbé *oui / non* Positions de sommeil: *procurb / décub / latéro D / G* Oreillers: \_\_\_\_\_

Épisodes antérieurs \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Traitements antérieurs \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## QUESTIONS SPÉCIFIQUES

*Vertige / accouphènes / nausée / tbs visuels / parole* \_\_\_\_\_ Équilibre/ Memb Sup: *normal / anormale*

Médication: \_\_\_\_\_

Santé Générale / Comorbidités: \_\_\_\_\_

Chirurgie récente / majeure: *oui / non* \_\_\_\_\_

Atcd de cancer: *oui / non* \_\_\_\_\_ Perte de poids inexplicquée: *oui / non* \_\_\_\_\_

Atcd: *oui / non* \_\_\_\_\_ Imagerie: *oui / non* \_\_\_\_\_

Objectifs du patient / attentes / croyances: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EXAMEN PHYSIQUE**

**OBSERVATION DE LA POSTURE**

Assis: *redressé / neutre / avachi* Tête projetée en avant: *oui / non* Déviation latérale: *dte / gche / aucune*  
 Changement de la posture: *mieux / empiré / ss effet* Déviation lat. pertinente: *oui / non*  
 Autres observations / marqueurs fonctionnels \_\_\_\_\_

**EXAMEN NEUROLOGIQUE**

Déficit moteur \_\_\_\_\_ Réflexes \_\_\_\_\_  
 Déficit sensitif \_\_\_\_\_ Tests neurodynamiques \_\_\_\_\_

PERTE D'AMPLIT.	Maj	Mod	Min	Nul	Symptômes
Protrusion					
Flexion					
Retraction					
Extension					

	Maj	Mod	Min	Nul	Symptômes
Inclin. Lat. D					
Inclin. Lat. G					
Rotation D					
Rotation G					

**MOUVEMENTS TESTS** Décrire l'effet sur la douleur actuelle – Pendant: produit, abolit, augmente, diminue, ss effet, centralise, périphérise. Après: mieux, empiré, pas mieux, pas empiré, ss effet, centralisé, périphérisé.

Symptômes pendant test	Symptômes après test	Réponse Mécanique	
		Effet - ↑ or ↓ AMPL ou test fonctionnel clé	Sans Effet
<b>Symptômes avt test assis</b> _____			
PRO _____			
Rép PRO _____			
RET _____			
Rép RET _____			
RET EXT _____			
Rép RET EXT _____			
<b>Symptômes avt test allongé</b> _____			
RET _____			
Rép RET _____			
RET EXT _____			
Rép RET EXT _____			
<b>Symptômes avant test</b> _____			
FL - D _____			
Rép FL - D _____			
FL - G _____			
Rép FL - G _____			
ROT - D _____			
Rép ROT - D _____			
ROT - G _____			
Rép ROT - G _____			
FLEX _____			
Rép FLEX _____			
Autres mouvements _____			

**TESTS STATIQUES** Pro / Rét / Flex / Autre \_\_\_\_\_ **AUTRES TESTS**

**CLASSIFICATION PROVISOIRE**

**Dérangement** Central ou symétrique Unilatéral ou asymétrique au-dessus du coude Unilatéral ou asymétrique sous le coude  
 Préférence Directionnelle: \_\_\_\_\_

**Dysfonction:** Direction \_\_\_\_\_ **Postural** sous-groupe **AUTRES:** \_\_\_\_\_

**Facteurs influençant la douleur et / ou l'incapacité:** Contextuel Cognitif Émotionnel Comorbidités

**PRINCIPES DE TRAITEMENT**

Éducation \_\_\_\_\_  
 Type d'Exercice \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_  
 Autres exercices / interventions \_\_\_\_\_  
 Objectifs du traitement \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

