



# INSTITUT McKENZIE ÉVALUATION LOMBAIRE

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Genre M / F \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Date de \_\_\_\_\_

Naissance \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Prescripteur \_\_\_\_\_

Contraintes 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: *lbr / cuisse / jbe* \_\_\_\_\_

Symptômes constants: *lbr / cuisse / jbe* \_\_\_\_\_

Symptômes intermittents: *lbr / cuisse / jbe* \_\_\_\_\_

Empiré *se pencher* *assis / se lever* *debout* *marcher* *allongé*  
*matin / cours de journée / soir* *immobile / en mouvement*  
*autre* \_\_\_\_\_

Mieux *se pencher* *assis* *debout* *marcher* *allongé*  
*matin / cours de journée / soir* *immobile / en mouvement*  
*autre* \_\_\_\_\_

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

Épisodes antérieurs \_\_\_\_\_

Traitements antérieurs \_\_\_\_\_

## QUESTIONS SPÉCIFIQUES

Toux / éternuement / effort

*F<sup>n</sup> Vésicale / Sphinct.: normal / anormale* Démarche: *normal / anormale*

Médications: \_\_\_\_\_

Santé générale / Comorbidités: \_\_\_\_\_

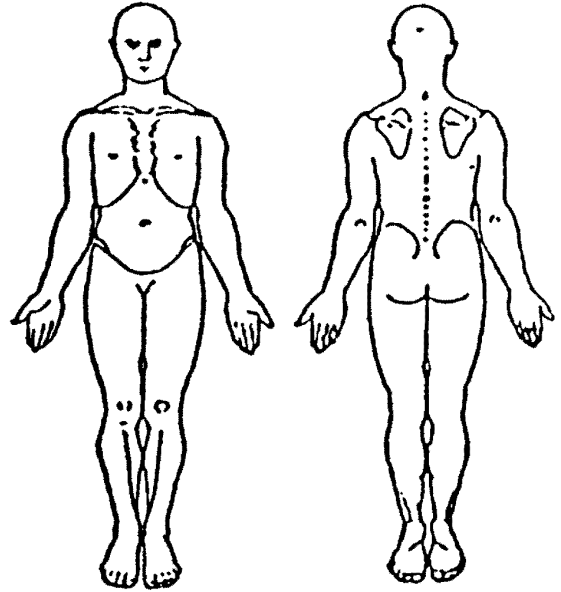
\_\_\_\_\_ Chirurgie récente / importante : *oui / non*

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

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

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

\_\_\_\_\_



## EXAMEN PHYSIQUE

### OBSERVATION DE LA POSTURE

Assis: lordose / neutre / cyphose      Changement de la posture: mieux / empiré / ss effet \_\_\_\_\_  
 Debout: lordose / neutre / cyphose      Shift latéral: droit / gauche / aucun      Shift pertinent: oui / non  
 Autres observations / marqueurs fonctionnels: \_\_\_\_\_

### EXAMEN NEUROLOGIQUE

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

PERTE D'AMPLIT.	Maj	Mod	Min	Nulle	Symptômes
Flexion					
Extension					
Gliss Lat D					
Gliss Lat G					
Autre					

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

	Symptômes pendant test	Symptômes après test	Réponse Mécanique	
			Effet - ↑ ou ↓ AMPL ou test fonctionnel clé	Sans Effet
<b>Symptômes avt test debout</b>	_____			
Fx Dbt	_____			
Rép Fx Dbt	_____			
Ex Dbt	_____			
Rép Ex Dbt	_____			
<b>Symptômes avt test allongé</b>	_____			
Fx Décub	_____			
Rép Fx Décub	_____			
Ex Procub	_____			
Rép Ex Procub	_____			
<b>Symptômes avt test</b>	_____			
Gliss Lat Dbt - D	_____			
Rép Gliss Lat Dbt - G	_____			
Gliss Lat Dbt - G	_____			
Rép Gliss Lat Dbt - G	_____			
Autres mouvements	_____			

### TESTS STATIQUES

Assis avachi / redressé / allongé à plat ventre en extension / assis jambes tendues \_\_\_\_\_

### AUTRES TESTS

#### CLASSIFICATION PROVISOIRE

**Dérangement** Central ou symétrique      Unilatéral ou asymétrique au-dessus du genou      Unilatéral ou asymétrique en-dessous du genou

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 \_\_\_\_\_

