



INSTITUT MCKENZIE FORMULAIRE DE RÉÉVALUATION

Date _____ Nom _____ Séance _____

Évaluation des stratégies de traitement :

Modification de la posture : Oui / Non

Pratique des exercices : Oui / Non

Fréquence : Appropriée / Pas appropriée **Réponse Symptomatique au cours des exercices** _____

Technique : Bonne / Besoin de correction

Observance / Engagement Excellent / Bon / Acceptable / Faible

Présentation symptomatique :

Localisation de la douleur : Centralisée / Inchangée / Périphérisée _____

Fréquence : Mieux / Inchangée / Empirée

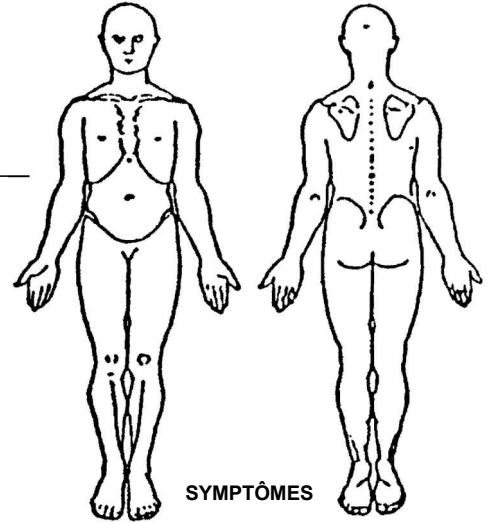
Sévérité : 0 _____ 10

Mieux / Inchangée / Empirée

Statut fonctionnel : % d'amélioration depuis la visite initiale:

0 _____ 100%

Questionnaire fonctionnel : _____



Présentation mécanique :

Posture assise : Adaptée au traitement; oui / non

Posture debout : Adaptée au traitement; oui / non

Déformation : Oui / Non /

Examen neurologique : Mieux / Inchangé / Empiré

Perte d'amplitude : Mieux / Inchangée / Empirée _____

Technique de l'exercice prescrit : Bonne / Besoin de correction

Réponse symptomatique : _____

Mouvements Répétés : Mieux / Inchangé / Empiré

RÉSUMÉ : Mieux / Inchangé / Empiré **Amélioration globale depuis l'évaluation initiale :** 0 _____ 100%

Classification confirmée : Oui / Non

Évaluation supplémentaire (si nécessaire) : Mouvements Répétés: _____

Autres Tests : _____

Nouvelle classification (si nécessaire) :

Dérangement Dysfonction Postural AUTRES (sous-groupe) _____

Traitement d'aujourd'hui :

Éducation : _____

Traitement : _____

Plan : _____

Facteurs potentiels de douleur et / ou d'incapacité : _____

Aide ergonomique : **Coussin lombaire** _____ **Coussin cervical** _____

Livre d'auto-traitement _____ **Coussin de nuit** _____ **Signature** _____