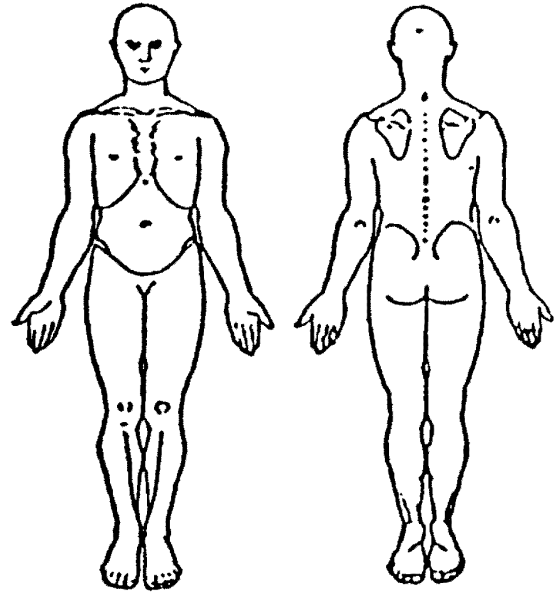




# INSTITUT MCKENZIE ÉVALUATION MEMBRE SUPÉRIEUR

Date \_\_\_\_\_  
 Nom \_\_\_\_\_ Sexe M / F \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_  
 Prescripteur: \_\_\_\_\_  
 Contraintes Professionnelles \_\_\_\_\_



**Droitier / Gaucher**

Extra-Professionnel \_\_\_\_\_  
 Limitation fonctionnelle causée par cet épisode \_\_\_\_\_  
 Score fonctionnel \_\_\_\_\_  
 EVA (0-10) \_\_\_\_\_

Symptômes actuels \_\_\_\_\_  
 Depuis \_\_\_\_\_ *s'améliore / stationnaire / se détériore*  
 Facteur déclenchant \_\_\_\_\_ *sans raison apparente*  
 Symptômes initiaux \_\_\_\_\_ *Paresthésies: oui / non*  
 Atcd colonne \_\_\_\_\_ *Toux / Éternuement +if / -if*  
 Symptômes constants: \_\_\_\_\_ Symptômes intermittents: \_\_\_\_\_

**Empiré**      *se pencher*      *assis*      *tourner la tête*      *s'habiller*      *attraper*      *serrer*  
*matin / cours de journée / soir*      *immobile / en mouvement*      *allongé: procub / décub / latéro D / G*  
*autre* \_\_\_\_\_

**Mieux**      *se pencher*      *assis*      *tourner la tête*      *s'habiller*      *attraper*      *serrer*  
*matin / cours de journée / soir*      *immobile / en mouvement*      *allongé: procub / décub / latéro D / G*  
*autre* \_\_\_\_\_

Douleur à l'utilisation continue:      *mieux*      *pire*      *sans effet*      *Sommeil perturbé*      *oui / non*  
 Douleur au repos      *oui / non*      *Site:*      *cou / épaule / coude / poignet / main*  
 Autres Questions:      *épanchement*      *ressaut / craquement / blocage*      *subluxation*

Épisodes antérieurs \_\_\_\_\_  
 Traitements antérieurs \_\_\_\_\_  
 Médication \_\_\_\_\_

Santé générale / Comorbidités: \_\_\_\_\_  
 Chirurgie récente / importante: *oui / non* \_\_\_\_\_  
 Atcd de cancer: *oui / non* \_\_\_\_\_ *Perte de poids inexplicquée: oui / non* \_\_\_\_\_  
 Atcd de trauma: *oui / non* \_\_\_\_\_ *Imagerie: oui / non* \_\_\_\_\_

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



