

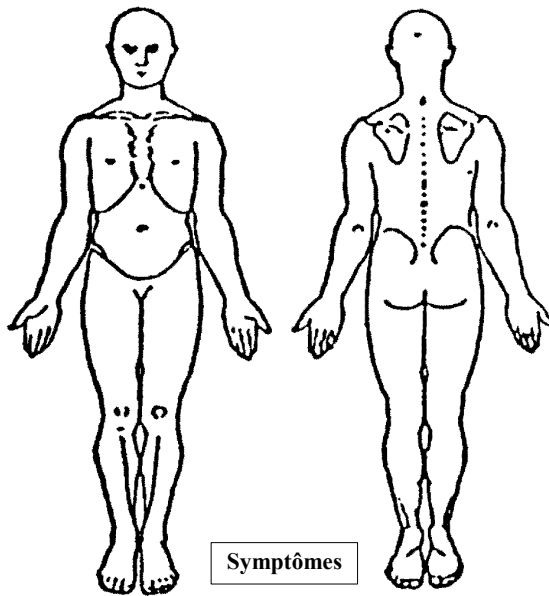


INSTITUT MCKENZIE

EVALUATION DES MEMBRES INFERIEURS

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) _____



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

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

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 Œdème 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 _____ Douleur Noct : oui / non _____
Accidents: oui / non _____ Perte de poids inexpliquée : 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	
	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
Mouvement actif/passif, test résisté, test fonctionnel				
Effet du positionnement statique (posture)				

CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dysfonction Articulaire _____

Dérangement _____

Autre _____

Extrémités

Colonne

Dysfonction Contractile _____

Postural _____

PRINCIPE DE MANAGEMENT

Education _____ Matériel fourni _____

Exercice et posologie _____

Obstacles à la récupération _____

Objectifs du traitement _____