



INSTITUT McKENZIE

EVALUATION DES MEMBRES SUPERIEURS

Date _____

Nom _____ Sexe *M / F*

Adresse _____

Téléphone _____

Né le _____ Age _____

Prescription par: Généraliste / Rhumato / Ortho / Autre _____

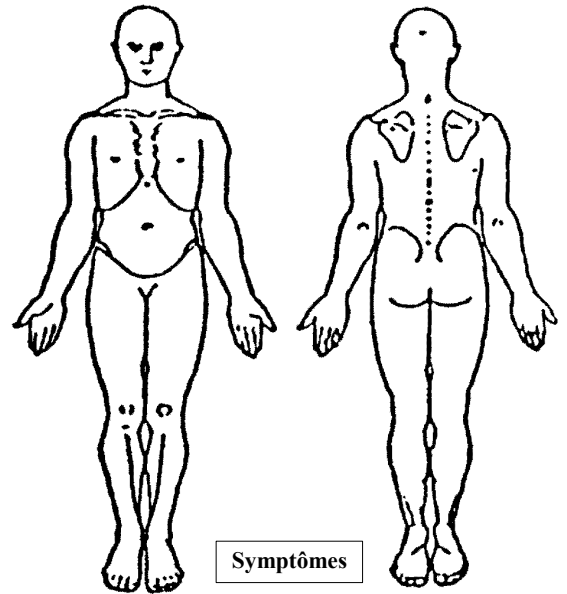
Travail : contraintes mécaniques _____

Loisirs : contraintes mécaniques _____

Incapacité fonctionnelle liée à cet épisode _____

Score d'incapacité fonctionnelle _____

Score EVA (0-10) _____



Gaucher / Droitier

HISTORIQUE

Symptômes actuels _____

Présents depuis _____ *Amélioration / stationnaire / détérioration*

Facteur déclenchant _____ *Sans raison apparente*

Symptômes initiaux _____ *Paresthésie : Oui / Non*

Historique colonne _____ *Toux / Eternuement : + if / - if*

Symptômes constants : _____ Symp. intermittents : _____

Empiré : *Penché Assis Tourner tête S'habiller Atteindre devant Serrer*

Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement Couché : décu / procu / latéro D / G

Autres : _____

Amélioré : *Penché Assis Tourner tête S'habiller Atteindre devant Serrer*

Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement Couché : décu / procu / latéro D / G

Autres : _____

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 : *cou / épaule / coude / poignet / main*

Autres questions *Œdème Ressaut / Craquement / Blocage Subluxation*

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* _____ Doul Noct : *oui / non* _____

Accidents : *oui / non* _____ Perte de poids inexplicée : *oui / non*

Résumé: *Aigu / Subaigu / Chronique* *Traumatisme / début insidieux*

Parties du corps à examiner *cou / épaule / coude / poignet / main* *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 / Reflexe / Dural* _____

BILANS de DEPART (douleurs ou activité fonctionnelle) _____

EXTRÉMITÉS *épaule / coude / poignet / main*

PERTE DE MVT	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur		Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Flexion						Adduction / Déviation Radiale					
Extension						Abduction / Déviation Ulnaire					
Supination						Rotation Interne					
Pronation						Rotation Externe					

Mouvements passifs (+/- sur pression) (noter symptômes et amplitudes)	DPM	DFA

Réponse aux tests résistés (douleur) _____

Autres test _____

COLONNE

Perte d'amplitude _____

Effet des mouvements répétés _____

Effet des postures _____

Test colonne *Non pertinent / pertinent / Problème secondaire*

Symptômes de départ _____

Tests répétés	Réponse symptomatique		Réponse mécanique	
	Pendant – Produit (P), Augmente (↑) Abolit (A), Diminue (↓), Sans Effet (SE)	Après – Mieux (M), Empiré (E), Pas Mieux (PM), Pas Empiré (PE), Sans Effet (SE)	Effet – ↑ ou ↓ Ampl, force ou test fonctionnel clé	Sans Effet
Mouvement actif / passif, test résisté, test fonctionnel				
Effet du positionnement statique (posture)				

CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dysfonction Articulaire _____	Extrémités	Dysfonction Contractile _____
Dérangement _____		Postural _____
Autre _____		

PRINCIPE DE MANAGEMENT

Education _____ Matériel fourni _____

Exercices et posologie _____

Obstacles à la récupération _____

Objectifs du traitement _____