



INSTITUT MCKENZIE INTERNATIONAL

EVALUATION DU RACHIS DORSAL

Date _____

Nom _____ Sexe M / F _____

Adresse _____

Téléphone _____

Né le _____ Age _____

Prescripteur: _____

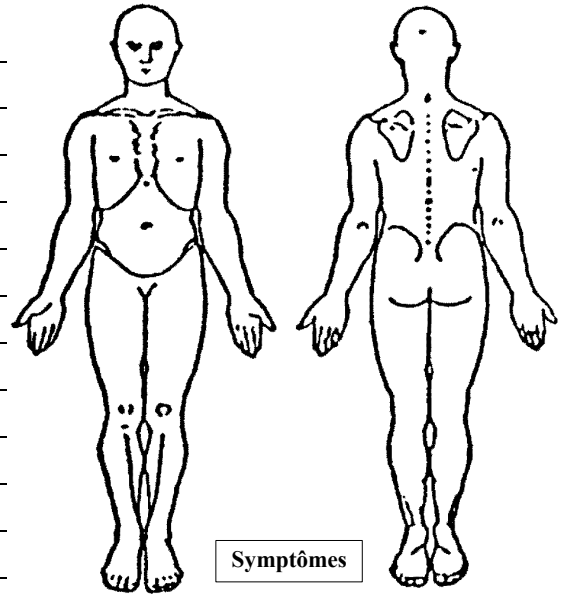
Travail : Contraintes mécaniques _____

Loisirs : Contraintes mécaniques _____

Limitations fonctionnelles pour cet épisode _____

Niveau d'invalidité (score) _____

Score EVA (0-10) _____



INTERROGATOIRE

Symptômes actuels _____

Présents depuis _____ *s'améliore / stationnaire / se détériore*

Facteur déclenchant _____ *ou sans raison apparente*

Symptômes initiaux: _____

Symptômes Const: _____ Symptômes intermittents: _____

Empiré *Se pencher assis / se lever tourner tête / tronc debout allongé*
matin / en cours de journée / soir au repos / en mouvement
 Autre _____

Mieux *Se pencher assis / se lever tourner tête / tronc debout allongé*
matin / en cours de journée / soir au repos / en mouvement
 Autre _____

Sommeil perturbé *Oui / Non* _____ Oreillers _____

Position de sommeil *déçu / procu / latérocubitus D / G* _____ Lingerie: *dure / moyenne / molle*

Episodes antérieurs 0 1-5 6-10 11+ Année du 1er épisode _____

Antécédents: _____

Traitements à ce jour _____

QUESTIONS SPECIFIQUES

Toux/Eternuement/Inspiration profonde + / - _____ Marche: *normale / anormale*

Médicaments: *aucuns / AINS / analg / corticoïdes / Anticoag / Autre* _____

Santé grl: *Bonne / Pass / Mauvaise* _____

Imagerie: *oui / non* _____

Chirurgie récente ou maj : *oui / non* _____ Douleur Noct: *oui / non* _____

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

Autre: _____

EXAMEN

OBSERVATION DE LA POSTURE

Assis: *bonne/ pass / mauv* Debout: *bonne/ pass / mauv* Tête en avant: *oui / non* Cyphose: *red / acc / normale*
 Correction Posturale: *mieux / empiré / sans effet* _____
 Autres Observations: _____

EXAMEN NEUROLOGIQUE (Membre Supérieur et Membre Inférieur)

Déficit Moteur _____ Réflexes _____
 Déficit Sensitif _____ Neuro-Méningé _____

PERTE DE MOUVEMENT	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Flexion					
Extension					
Rotation D					
Rotation G					
Autres					

MOUVEMENTS RÉPÉTÉS CERVICAUX

Rép Pro _____
 Rép Ret _____
 Rép Ret Ext _____
 Rép IL D _____
 Rép IL G _____
 Rép Rot D _____
 Rép Rot G _____
 Rép Flex _____

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

	Symptômes pendant le test	Symptômes après le test	Réponse mécanique		
			↑Ampl	↓Ampl	Sans Effet
Symptômes avant test assis:					
FLEX					
Rép FLEX					
EXT					
Rép EXT					
Symptômes avant test allongé:					
Ext procu					
Rép Ext procu					
Ext décu					
Rép Ext décu					
Si nécessaire Symptômes avant test:					
Rot D					
Rép Rot D					
Rot G					
Rép Rot G					
Autre					

TESTS STATIQUES

Flexion _____ Rotation D _____
 Extension (procu, décu) _____ Rotation G _____

AUTRE TESTS

CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement Dysfonction Postural Autre
 Centrale ou Symétrique Unilatérale ou Asymétrique

PRINCIPE DE MANAGEMENT

Education _____ Matériel fourni _____
 Principe d'extension _____ Principe latéral _____
 Principe de flexion _____ Autre _____
 Obstacles à la récupération _____
 Objectifs du traitement _____