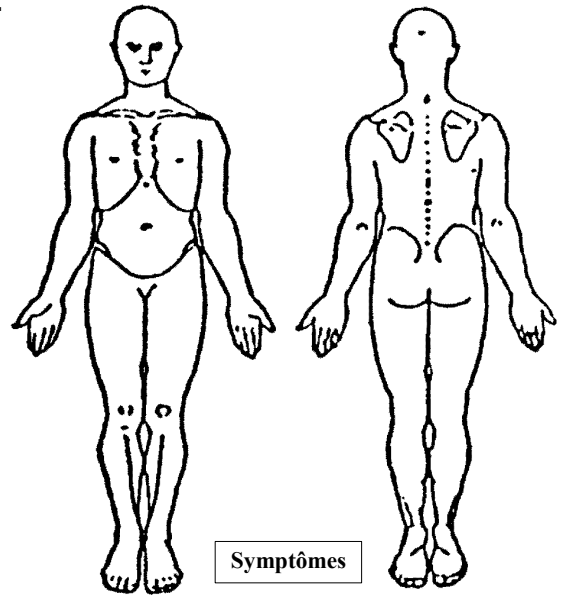




# INSTITUT McKENZIE INTERNATIONAL

## FORMULAIRE D'ÉVALUATION CERVICAL

Date: \_\_\_\_\_  
 Nom: \_\_\_\_\_ Genre: M / F  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Téléphone: \_\_\_\_\_  
 Né le: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
 Prescripteur: \_\_\_\_\_  
 Travail: \_\_\_\_\_  
 Loisirs/Famille: \_\_\_\_\_  
 Postures / Contraintes: \_\_\_\_\_  
 Impact fonctionnel épisode présent: \_\_\_\_\_  
 Score d'invalidité: \_\_\_\_\_  
 EVA (0-10): \_\_\_\_\_



### INTERROGATOIRE

Symptômes actuels \_\_\_\_\_  
 Présents depuis \_\_\_\_\_ *s'améliore/stationnaire/se détériore*  
 Facteur déclenchant \_\_\_\_\_ *Ou ss raison apparente*  
 Symptômes initiaux: *cou / bras / avant-bras / tête* \_\_\_\_\_  
 Symptômes Const: *cou / bras / avant-bras / tête* \_\_\_\_\_ Symptômes intermit: *cou / bras / avant-bras / tête* \_\_\_\_\_  
 Empiré *Penché Assis Tourner allongé / se lever*  
*Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement*  
*Autre* \_\_\_\_\_  
 Mieux *Penché Assis Tourner allongé*  
*Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement*  
*Autre* \_\_\_\_\_  
 Sommeil perturbé *Oui / Non* \_\_\_\_\_ Oreillers: \_\_\_\_\_  
 Position *Procu / Décu / latérocub D G* \_\_\_\_\_ Literie: *Ferme / moyenne / molle*  
 Episodes antérieurs 0 1-5 6-10 11+ Année du 1er épisode \_\_\_\_\_  
 Antécédents: \_\_\_\_\_  
 Traitements à ce jour \_\_\_\_\_

### QUESTIONS SPECIFIQUES

*Vertiges / acouphènes / nausées / avaler. + / -* \_\_\_\_\_ *Marche / Membr sup: normal / anormal*  
 Médicaments: *Aucuns/ AINS / Analg / Corticoïde/ relax musc* \_\_\_\_\_  
 Santé grl: *Bonne / Pass / Mauvaise* \_\_\_\_\_  
 Imagerie: *oui / non* \_\_\_\_\_  
 Chirurgie récente ou maj : *oui / non* \_\_\_\_\_ *Doul Noct: oui / non* \_\_\_\_\_  
 Accidents: *oui / non* \_\_\_\_\_ *Perte de poids inexpliquée : oui / non*  
 Autre: \_\_\_\_\_

## EXAMEN

### OBSERVATION DE LA POSTURE

Assis: *bonne/ pass / mauv*      Debout: *bonne/ pass / mauv*      Tête en avant: *Oui / Non*      Torticolis: *D / G / Aucun*  
 Correction Posturale: *mieux / empiré / ss effet* \_\_\_\_\_ Pertinent : *oui / non*  
 autres observations: \_\_\_\_\_

### EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit Moteur \_\_\_\_\_ Reflexes \_\_\_\_\_  
 Déficit Sensitif \_\_\_\_\_ Neuro-méningé: \_\_\_\_\_

PERTE DE MVT	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Protrusion					
Flexion					
Rétraction					
Extension					

	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Incl Lat D					
Incl Lat G					
Rotation D					
Rotation G					

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

Symptômes Pendant le Test	Symptômes Après le test	Réponse Mécanique		
		↑Ampl	↓Ampl	Sans Effet
<b>Symptômes avant test:</b>				
Pro				
Rep pro				
Ret				
Rep Ret				
Ret Ext				
Rep Ret Ext				
<b>Symptômes avant test en décubitus :</b>				
Ret				
Rep Ret				
Ret Ext				
Rep Ret Ext				
<b>Symptômes avant test:</b>				
Incl Lat D				
Rep Incl Lat D				
Incl Lat G				
Rep Incl Lat G				
Rot D				
Rep Rot D				
Rot G				
Rep Rot G				
Flex				
Rep Flex				

### TESTS STATIQUES

Protrusion \_\_\_\_\_ Flexion \_\_\_\_\_  
 Rétraction \_\_\_\_\_ Extension: *assis / procu / décu* \_\_\_\_\_

**Autres Tests** \_\_\_\_\_

### CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement                      Dysfonction                      Postural                      Autre  
 Centrale/Symétrique      Unilatérale/Asymétrique au-dessus du coude      Unilatérale/Asymétrique en-dessous du coude

### PRINCIPE DE MANAGEMENT

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