



INSTITUT MCKENZIE FORMULAIRE DE RÉÉVALUATION

Date _____ Nom _____ Numéro de séance _____

Évaluation des Stratégies de Management:

Correction Posturale: Oui / Non **Le patient a fait les Exercices:** Oui / Non **Fréquence:** _____ x jour Appropriée / Pas appropriée

Réponse symptomatique aux exercices: _____

Technique: bonne / Besoin de correction _____ **Compliance / Engagement:** Excellent / Bon / Moyen / Faible

Présentation Symptomatique:

Localisation de la Douleur: Centralisée / Inchangée / Périphérisée

Fréquence: Mieux / Inchangée / Empirée

Intensité: 0 _____ 10

Mieux / Inchangée / Empirée

Statut Fonctionnel: % d'amélioration depuis la visite initiale:

0 _____ 100%

Questionnaire Fonctionnel:

Présentation Mécanique:

Posture Assise: Bonne / Passable / Mauvaise

Posture Debout:

Bonne / Passable / Mauvaise

Déformation: Oui / Non / Pas applicable **Examen Neurologique :** Mieux / Inchangé / Empiré / Pas applicable _____

Perte de Mouvement: Mieux / Inchangée / Empirée

Technique de l'Exercice Prescrit: Bonne / Correction _____ **Réponse Symptomatique:** _____

Mouvements Répétés / Posture: Mieux / Inchangé / Empiré _____

RÉSUMÉ: Mieux / Inchangé / Empiré **Amélioration globale depuis l'évaluation initiale:** 0 _____ 100%

Classification Confirmée: Oui / Non _____

Évaluation Supplémentaire (si nécessaire)

Mouvements Répétés: _____

Autres Tests: _____

Nouvelle Classification (si nécessaire):

Dérangement Dysfonction Postural AUTRES (sous-groupe) _____

Management d'Aujourd'hui:

Éducation: _____

Traitement Mécanique: _____

Programme à la maison : _____

Obstacles à la Récupération: _____

Aide Ergonomique: Coussin Lombaire _____ Coussin Cervical _____

Livre d'Auto-traitement _____ Coussin de Nuit _____

