



L'INSTITUT MCKENZIE ÉVALUATION CERVICALE

Date _____

Nom _____ Genre M / F

Adresse _____

Téléphone _____

Date de Naissance _____ Age

Prescripteur: _____

Contraintes professionnelles _____

Extra-professionnelles _____

Limitation fonctionnelle causée par cet épisode _____

Score fonctionnel _____

EVA (0-10) _____

Symptômes actuels _____

Depuis _____ s'améliore / stationnaire / se détériore

Facteur déclenchant _____ sans raison apparente

Symptômes initiaux: cou / bras / avant-bras / tête _____

Symptômes constants: cou/bras/avant-bras/tête _____ Symptômes intermittents: cou/bras/avant-bras/tête _____

Empiré *pencher* *assis* *tourner* *allongé / se lever*
matin / cours de journée / soir *Immoble / en mouvement*
autre _____

Mieux *pencher* *assis* *tourner* *allongé*
matin / cours de journée / soir *Immoble / en mouvement*
autre _____

Sommeil perturbé *oui / non* Positions de sommeil: *procub / décub / latéro D / G* Oreillers: _____

Épisodes antérieurs _____

Traitements antérieurs _____

QUESTIONS SPÉCIFIQUES

Vertige / accouphènes / nausée / tbs visuels / parole _____ Marche / Memb Sup: *normal / anormal*

Médication: _____

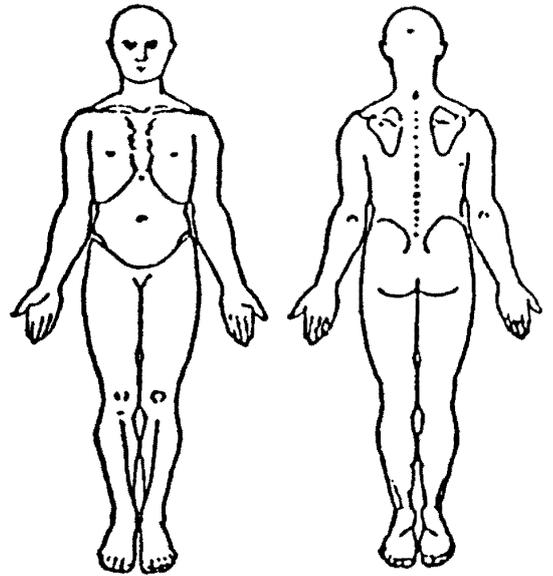
Santé Générale / Comorbidités: _____

_____ Chirurgie récente / majeure: *oui / non* _____

Atcd de cancer: *oui / non* _____ Perte de poids inexpliquée: *oui / non* _____

Atcd de trauma: *oui / non* _____ Imagerie: *oui / non* _____

Objectifs / attentes / croyances du patient: _____



EXAMEN PHYSIQUE

OBSERVATION DE LA POSTURE

Assis: *redressé / neutre / avachi*

Tête en avant: *oui / non*

Torticolis: *dt / gche / aucun*

Modification de la posture: *mieux / empiré / sans effet* _____

Torticolis pertinent: *oui / non*

Autres observations / marqueurs fonctionnels _____

EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit moteur _____

Réflexes _____

Déficit sensitif _____

Tests neurodynamiques _____

PERTE D'AMPLIT.	Maj	Mod	Min	Nul	Symptômes
Protrusion					
Flexion					
Rétraction					
Extension					

	Maj	Mod	Min	Nul	Symptômes
Inclin. Lat. D					
Inclin. Lat. G					
Rotation D					
Rotation G					

MOUVEMENTS TESTS

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

	Réponse symptomatique		Réponse Mécanique	
	Pendant le test	Après le test	Effet - ↑ ou ↓ AMPLIT. ou test fonctionnel clé	Sans Effet
Symptômes avant test assis				
PRO				
Rép PRO				
RET				
Rép RET				
RET EXT				
Rép RET EXT				
Symptômes avant test allongé				
RET				
Rép RET				
RET EXT				
Rép RET EXT				
Symptômes avant test				
INC LAT - D				
Rép INC LAT - D				
INC LAT - G				
Rép INC LAT - G				
ROT - D				
Rép ROT - D				
ROT - G				
Rép ROT - G				
FLEX				
Rép FLEX				
Autres mouvements				

TESTS STATIQUES

Pro / Rét / Flex / Autre _____

AUTRES TESTS

CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement

Central ou symétrique

Unilatéral ou asymétrique au-dessus du coude

Unilatéral ou asymétrique en-dessous du coude

Préférence Directionnelle: _____

Dysfonction: Direction _____

Postural

sous-groupe AUTRES: _____

FACTEURS POTENTIELS DE DOULEUR ET / OU D'INCAPACITÉ

Comorbidités

Cognitif - Émotionnel

Contextuel

Descriptions: _____

PRINCIPES DE MANAGEMENT

Éducation _____

Type d'Exercice _____

Fréquence _____

Autres exercices / interventions _____

Objectifs du traitement _____

Signature _____