



# INSTITUT MCKENZIE INTERNATIONAL

## FORMULAIRE D'EVALUATION LOMBAIRE

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Sexe : M / F \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Né le \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

Prescripteur: \_\_\_\_\_

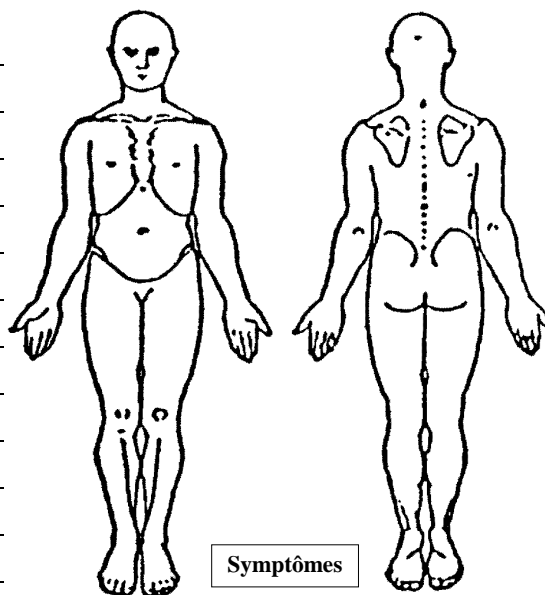
Travail: contraintes mécaniques \_\_\_\_\_

Loisirs: Contraintes mécaniques \_\_\_\_\_

Limitations fonctionnelles pour cet épisode \_\_\_\_\_

Niveau d'invalidité (score) \_\_\_\_\_

EVA (0-10) \_\_\_\_\_



### INTERROGATOIRE

Symptômes actuels \_\_\_\_\_

Présents depuis \_\_\_\_\_ s'améliore/stationnaire/se détériore

Facteur déclenchant \_\_\_\_\_ ou sans raison apparentes

Symptômes initiaux: lbr / cuisse / jbe \_\_\_\_\_

Symptômes Const: lbr / cuisse / jbe \_\_\_\_\_ symptôme intermittents: lbr / cuisse / jbe \_\_\_\_\_

Empiré      Se pencher      Assis / Se lever      Debout      Marcher      Allongé

                  Matin / En cours de journée / Soir      Immobile / En mouvement

                  Autre \_\_\_\_\_

Mieux      Se pencher      Assis      Debout      Marcher      Allongé

                  Matin / En cours de journée / Soir      Immobile / En mouvement

                  Autre \_\_\_\_\_

Sommeil perturbé    Oui / Non \_\_\_\_\_ Position: décu / procu / latéro D / G    Litière: dure / moyenne / molle

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

Antécédents: \_\_\_\_\_

Traitements à ce jour \_\_\_\_\_

### QUESTIONS SPECIFIQUES

Toux / Eternuement/ Effort: oui / non      Vessie: normale / anormale      Marche: normale / anormale

Médicaments: aucuns / AINS / analg / corticoïdes / anticoag / autre \_\_\_\_\_

Santé grl: Bonne / Passable / Mauvaise \_\_\_\_\_

Imagerie: oui / non \_\_\_\_\_

Chirurgie récente ou majeure : oui / non \_\_\_\_\_ Doux Noct: oui / non \_\_\_\_\_

Accidents: oui / non \_\_\_\_\_ Perte de poids inexpliquée : oui / non \_\_\_\_\_

Autre: \_\_\_\_\_

## EXAMEN

### POSTURE

Assis: *bonne / pass / mauv* Debout: *bonne / pass / mauv* Lordose: *réd / acc / normale* Shift Latéral: *G / D / Aucun*  
Correction Posturale: *mieux / empiré / ss effet* Pertinent: *oui / non*  
autres observations: \_\_\_\_\_

### EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit Moteur \_\_\_\_\_ Réflexes \_\_\_\_\_  
Déficit Sensitif \_\_\_\_\_ Neuro-Méningé \_\_\_\_\_

### PERTE DE MOUVEMENT

	Maj	Mod	Min	Nulle	Douleur
Flexion					
Extension					
Glissement lat D					
Glissement lat G					

### MOUVTS TESTS

**Décrire l'effet sur la douleur – Pendant:** produit, aboli, augmenté, diminué, ss effet, centralise, périphérise. **Après:** mieux, empiré, ss effet, pas empiré, pas mieux, centralisé, périphérisé.

Symptômes pdt le test		Symptômes après le test	Réponse mécanique		
			↑ampl	↓ampl	ss effet
<b>Symptômes avant tests dbt:</b>					
FI dbt					
Rep FI dbt					
Ext dbt					
Rep Ext dbt					
<b>Symptômes avant tests allongés:</b>					
FED					
Rep FED					
EEP					
Rep EEP					
<b>Si nécessaire symptômes avant tests:</b>					
gliss lat D					
Rep gliss lat D					
gliss lat G					
Rep gliss lat G					

### TESTS STATIQUES

Assis en cyphose \_\_\_\_\_ Assis redressé \_\_\_\_\_  
Dbt relaché \_\_\_\_\_ Dbt redressé \_\_\_\_\_  
En procu sur les coudes \_\_\_\_\_ Assis MI ext \_\_\_\_\_

### Autres Tests

### CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement \_\_\_\_\_ Dysfonction \_\_\_\_\_ Postural \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_  
Sous-classification \_\_\_\_\_

### PRINCIPES DE MANAGEMENT

Education \_\_\_\_\_ Aide ergonomique \_\_\_\_\_  
Thérapie mécanique : *Oui / Non* Principe d'extension : \_\_\_\_\_  
Principe latéral \_\_\_\_\_ Principe de flexion : \_\_\_\_\_  
Autres \_\_\_\_\_  
Buts du traitement: \_\_\_\_\_