



INSTITUT Mc KENZIE

EVALUATION DES MEMBRES INFÉRIEURS

Date _____

Nom _____ Sexe M / F _____

Adresse _____

Téléphone _____

Né le _____ Age _____

Prescription par: Généraliste /
Rhumatologue / Chirurgien / Autre. _____

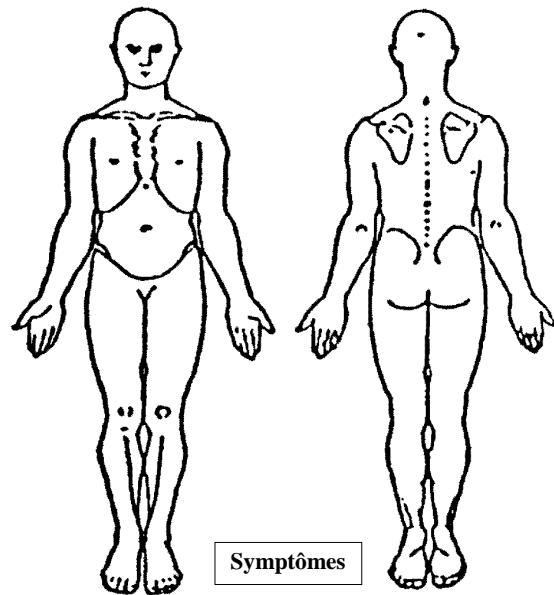
Travail : contraintes mécaniques _____

Loisirs : contraintes mécaniques _____

Incapacité fonctionnelle liée à
cet épisode _____

Score d'incapacité
fonctionnelle _____

Score EVA (0-10) _____



Symptômes

HISTORIQUE

Symptômes actuels _____

Présents depuis _____ Amélioration/stationnaire/détérioration _____

Facteur déclenchant _____ Sans raison apparente _____

Symptômes initiaux : lombaire / hanche / genou / cheville / pied Paresthésie : Oui / Non _____

Historique colonne _____ Toux / Eternuement + ve / - ve _____

Symptômes constants : Lbr / hanche / genou / cheville / pied Sympt. intermittents : Lbr / hanche / genou / cheville / pied

Empiré : Se pencher Assis / Se lever Debout Marcher Escaliers Squat / A genou

Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement Couché : décum / procu / latéro D / G

Autres : _____

Amélioré : Se pencher Assis / Se lever Debout Marcher Escaliers Squat / A genou

Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement Couché : décum / procu / latéro D / G

Autres : _____

Effets sur la douleur de l'utilisation continue de l'articulation : Mieux Empiré Sans effet Sommeil Perturbée: Oui / Non

Douleur au repos Oui / Non Site : Lombaire / Hanche / Genou / Cheville / Pied

Autres questions : Cédème Ressaut / Craquement / Blocage Dérobement

Traitements cet épisode _____

Episodes antérieurs _____

Traitements antérieurs _____

Santé générale Bonne / Passable / Mauvaise _____

Médicaments Aucun / AINS / Analg / Cortisone / Anticoag / Autres _____

Imagerie oui / non _____

Chirurgie récente ou majeure : oui / non _____ Doul Noct : oui / non _____

Accidents: oui / non _____ Perte de poids inexplicable : oui / non _____

Résumé: Aigu / subaigu / Chronique Traumatisme / début insidieux

Parties du corps à examiner lombaire / hanche / genou / cheville / pied Autres : _____

EXAMEN

POSTURE

Assis: bonne / pass / mauv Debout: bonne / pass / mauv Correction post. : Mieux / Empiré / Sans effet Pas applicable
Autres observations:

NEUROLOGIQUE : Pas applicable / Moteur / Sensitif / Reflexe

BILANS de DEPART (douleurs ou activités/fonction)

COLONNE

Perte d'amplitude

Effet des mouvements répétés

Effet des postures

Test colonne *Non pertinent / pertinent / secondaire*

EXTREMITE *Hanche / Genou / Cheville / Pied*

PERTE DE MVT	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Flexion					
Extension					
Flexion dorsale					
Flexion plantaire					

	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Adduction / Inversion					
Abduction / Eversion					
Rotation Interne					
Rotation Externe					

Mouvements passif (+/- sur pression) (noter symptômes et amplitudes)		DPM	DFA

Réponse aux tests résistés (douleur) _____

Tests répétés (choisir le plus symptomatique ci-dessus)

Symptômes de départ

Réponse symptomatique

Réponse mécanique

Mouvement actif, Mouvement passif, Test résisté	Pendant le mouvement – Produit (P), Augmenté (\uparrow) Aboli (A), Diminué (\downarrow), Sans Effet (SE)	Après le mouvement – Mieux (M), Empiré (E), Pas Mieux (PM), Pas Empiré (PE), Sans Effet (SE)	\uparrow AMP	\downarrow AMP	Sans effet
Effet du positionnement statique (posture)					
autres tests: Compression, Exercices. en charge, en décharge etc.					

CLASSIFICATION PROVISOIRE

Extrémités

Colonne

Dysfonction Articulaire _____ Dysfonction Contractile _____

Dérangement _____ Postural _____

Autre _____ Incertain _____

PRINCIPE DE MANAGEMENT

Education _____

Exercices _____ Fréquence _____

Buts traitement