



# INSTITUT MCKENZIE ÉVALUATION LOMBAIRE

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 \_\_\_\_\_

Facteur déclenchant \_\_\_\_\_

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

Symptômes constants: *lbr / cuisse / jbe* \_\_\_\_\_

Symptômes intermittents: *lbr / cuisse / jbe* \_\_\_\_\_

Empiré *se pencher* *assis / se lever* *debout* *marcher* *allongé*  
*matin / cours de journée / soir* *immobile / en mouvement*  
*autre* \_\_\_\_\_

Mieux *se pencher* *assis* *debout* *marcher* *allongé*  
*matin / cours de journée / soir* *immobile / en mouvement*  
*autre* \_\_\_\_\_

Sommeil perturbé *oui / non* Positions de sommeil: *procub / décub / latéro D / G* matelas \_\_\_\_\_

Épisodes antérieurs \_\_\_\_\_

Traitements antérieurs \_\_\_\_\_

## QUESTIONS SPÉCIFIQUES

Toux / *éternuement / effort* Vésicale / Sphinctérienne : *normal / anormale* Marche : *normal / anormale*

Médications: \_\_\_\_\_

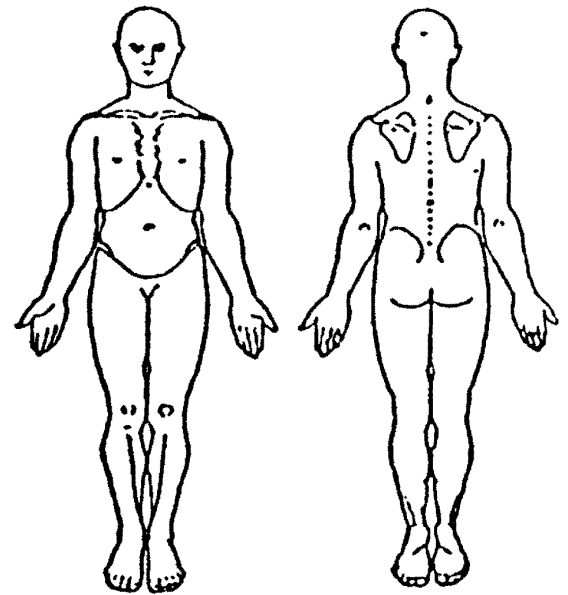
Santé générale / Comorbidités: \_\_\_\_\_

Chirurgie récente / importante : *oui / non* \_\_\_\_\_

Atcd de cancer: *oui / non* Perte de poids inexplicquée: *oui / non* \_\_\_\_\_

Atcd de trauma: *oui / non* Imagerie: *oui / non* \_\_\_\_\_

Objectifs du patient / attentes / croyances: \_\_\_\_\_



## EXAMEN PHYSIQUE

### OBSERVATION DE LA POSTURE

Assis: lordose / neutre / cyphose      Modification de la posture: mieux / empiré / sans effet \_\_\_\_\_  
 Debout: lordose / neutre / cyphose      Shift latéral: droit / gauche / aucun      Shift pertinent: oui / non  
 Autres observations / marqueurs fonctionnels: \_\_\_\_\_

### EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit moteur \_\_\_\_\_ Réflexes \_\_\_\_\_  
 Déficit sensitif \_\_\_\_\_ Tests neurodynamiques \_\_\_\_\_

PERTE D'AMPLIT.	Maj	Mod	Min	Nul	Symptômes
Flexion					
Extension					
Gliss Lat D					
Gliss Lat G					
Autre					

**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
<b>Symptômes avant test debout</b> _____				
Fx Dbt _____				
Rép Fx Dbt _____				
Ex Dbt _____				
Rép Ex Dbt _____				
<b>Symptômes avant test allongé</b> _____				
FED _____				
Rép FED _____				
EEP _____				
Rép EEP _____				
<b>Symptômes avant test</b> _____				
GLDbt - D _____				
Rép GLDbt - D _____				
GLDbt - G _____				
Rép GLDbt - G _____				
Autres mouvements _____				

### TESTS STATIQUES

Assis avachi / redressé / allongé à plat ventre en extension / assis jambes tendues \_\_\_\_\_

**AUTRES TESTS** \_\_\_\_\_

### CLASSIFICATION PROVISOIRE

**Dérangement** Central ou symétrique    Unilatéral ou asymétrique au-dessus du genou    Unilatéral ou asymétrique en-dessous du genou  
 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 \_\_\_\_\_