



# INSTITUT McKENZIE INTERNATIONAL

## FORMULAIRE D'EVALUATION CERVICAL

Date \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Genre: M / F \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telephone \_\_\_\_\_

DDN \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_

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

Travail \_\_\_\_\_

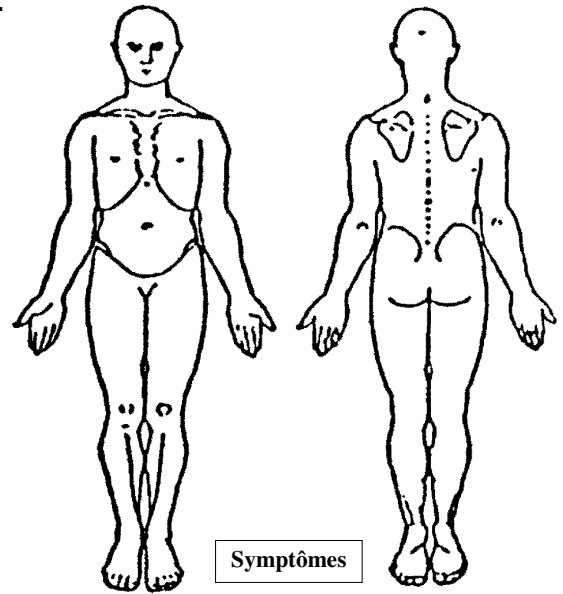
Loisirs/Famille \_\_\_\_\_

Postures / Contraintes \_\_\_\_\_

Impact fonctionnel épisode présent: \_\_\_\_\_

Score d'invalidité \_\_\_\_\_

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



### INTERROGATOIRE

Symptômes actuels \_\_\_\_\_

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

Facteur déclenchant \_\_\_\_\_ *Ou ss raison apparente*

Symptômes initiaux: *cou / bras / avant-bras/ tête* \_\_\_\_\_

Symptômes Const: *cou / bras / avant-bras/ tête* \_\_\_\_\_ Symptômes intermit: *cou / bras / avant-bras/ tête* \_\_\_\_\_

Empiré *Penché Assis Tourner allongé / se lever*

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

*Autre* \_\_\_\_\_

Mieux *Penché Assis Tourner allongé*

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

*Autre* \_\_\_\_\_

Sommeil perturbé *Oui / Non* \_\_\_\_\_ Oreillers \_\_\_\_\_

Position *Procu / Décu / latérocub D G* \_\_\_\_\_ Literie *Ferme / moyenne / molle*

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

Antécédents: \_\_\_\_\_

Traitements à ce jour \_\_\_\_\_

### QUESTIONS SPECIFIQUES

*Vertiges / accouphènes / nausées / avaler. + / -* \_\_\_\_\_ *Marche / Membr sup: normal / anormal*

*Medicamentss: Aucuns/ AINS / Analg / Corticoïde/ relax musc* \_\_\_\_\_

*Santé grl: Bonne / Pass / Mauvaise* \_\_\_\_\_

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

*Chirurgie récente ou maj : oui / non* \_\_\_\_\_ *Doul Noct: oui / non* \_\_\_\_\_

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

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

## EXAMEN

### POSTURE

Assis: *bonne/ pass / mauv* Debout: *bonne/ pass / mauv* Tête en avant: *Oui / Non* Torticoli: *D / G / Aucun*  
 Correction Posturale: *mieux / empiré / ss effet* \_\_\_\_\_ Pertinent: *oui / non*  
 autres observations: \_\_\_\_\_

### EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit Moteur \_\_\_\_\_ Reflexes \_\_\_\_\_  
 Déficit Sensitif \_\_\_\_\_ ULTT 1, 2, 3 \_\_\_\_\_

PERTE DE MVT	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Protrusion					
Flexion					
Rétraction					
Extension					

	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Incl Lat D					
Incl Lat G					
Rotation D					
Rotation 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 Pendant le Test		Symptômes Après le test	Réponse Mécanique		
			↑Ampl	↓Ampl	Ss Effet
<b>Symptôme avant test:</b>					
Pro					
Rep pro					
Ret					
Rep Ret					
Ret Ext					
Rep Ret Ext					
<b>Symptôme avant test :</b>					
Ret					
Rep Ret					
Ret Ext					
Rep Ret Ext					
<b>Symptômes avant test:</b>					
Incl Lat D					
Rep Incl Lat D					
Incl Lat G					
Rep Incl Lat G					
Rot D					
Rep Rot D					
Rot G					
Rep Rot G					
Flex					
Rep Flex					

### TESTS STATIQUES

Protrusion \_\_\_\_\_ Flexion \_\_\_\_\_  
 Rétraction \_\_\_\_\_ Extension: *assis / procu / décu* \_\_\_\_\_

### Autres Tests

### CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement \_\_\_\_\_ Dysfonction \_\_\_\_\_ Postural \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_  
 sousclassification \_\_\_\_\_

### PRINCIPLE OF MANAGEMENT

Education \_\_\_\_\_ Matériel Fourni \_\_\_\_\_  
 Thérapie mécanique \_\_\_\_\_  
 Principe d'extension \_\_\_\_\_ Principe latéral \_\_\_\_\_ Principe de flexion \_\_\_\_\_  
 Autre \_\_\_\_\_  
 Objectifs du traitement \_\_\_\_\_