



INSTITUT MCKENZIE

EVALUATION DES MEMBRES SUPERIEURS

Date _____

Nom _____ Sexe *M / F*

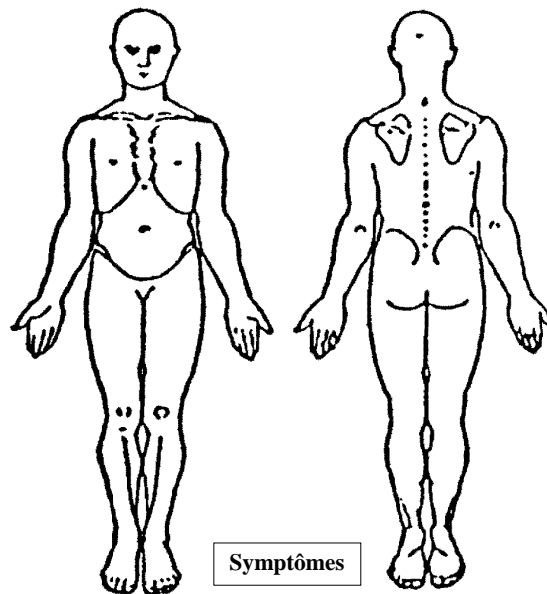
Adresse _____

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) _____

HISTORIQUE

Symptômes actuels _____

Présents depuis _____ *Amélioration/stationnaire/détérioration*

Facteur déclenchant _____ *Sans raison apparente*

Symptômes initiaux : *cou / épaule / coude / poignet / main* *Paresthésie : Oui / Non*

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

Symptômes constants : *cou / épaule / coude / poignet / main* Sympt. intermittents : *cou / épaule / coude / poignet / main*

Empiré : *Penché Assis Tourner la tête S'habiller Atteindre devant Serrer*

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

Autres : _____

Amélioré : *Penché Assis Tourner la tête S'habiller Atteindre devant Serrer*

Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement Couché : décu / 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 : *cou / épaule / coude / poignet / main*

Autres questions *Œdème Ressaut / Craquement / Blocage Subluxation*

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 inexpliquée : *oui / non* _____

Résumé: *Aigu / Subaigu / Chronique Traumatisme / début insidieux*

Parties du corps à examiner *cou / épaule / coude / poignet / main* *Autres :* _____

EXAMEN

POSTURE

Assis : *bonne / pass / mauv* Debout : *bonne / pass / mauv* Correction posturale : *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*

EXTREMITÉ *cou / épaule / coude / poignet / main*

| PERTE DE MVT | Maj | Mod | Min | Nul | Douleur |
|--------------|-----|-----|-----|-----|---------|
| Flexion | | | | | |
| Extension | | | | | |
| Supination | | | | | |
| Pronation | | | | | |

| | Maj | Mod | Min | Nul | Douleur |
|----------------------------------|-----|-----|-----|-----|---------|
| Adduction / Déviation Ulnaire | | | | | |
| Abduction / Déviation Radiale | | | | | |
| 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 (↑) Aboli (A), Diminué (↓), Sans Effet (SE) | Après le mouvement – Mieux (M), Empiré (E), Pas Mieux (PM), Pas Empiré (PE), Sans Effet (SE) | ↑AMP | ↓AMP | Sans effet |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Effet du positionnement statique (posture) | | | | | |
| | | | | | |
| autres tests: Compression, Exercices en charge, en décharge etc. | | | | | |
| | | | | | |

CLASSIFICATION PROVISoire

Extrémités

Colonne

Dysfonction Articulatoire _____ Dysfonction Contractile _____

Dérangement _____ Postural _____

Autre _____ Incertain _____

PRINCIPE DE MANAGEMENT

Education _____

Exercices _____ Fréquence _____

Buts du traitement _____