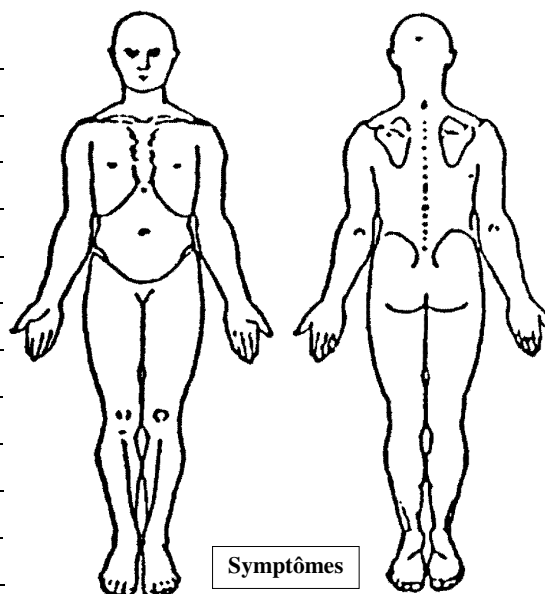




# INSTITUT MCKENZIE INTERNATIONAL EVALUATION DU RACHIS DORSAL

Date \_\_\_\_\_  
Nom \_\_\_\_\_ Sexe M / F \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_  
DDN \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
Prescripteur: \_\_\_\_\_  
Travail : Contraintes mécaniques \_\_\_\_\_  
Loisirs : Contraintes mécaniques \_\_\_\_\_  
Limitations fonctionnelles pour cet épisode \_\_\_\_\_  
Niveau d'invalidité (score) \_\_\_\_\_  
Score EVA (0-10) \_\_\_\_\_



## INTERROGATOIRE

Symptômes actuels \_\_\_\_\_  
Présents depuis \_\_\_\_\_ Symptômes intermittents: *lbr / cuisse / jbe* \_\_\_\_\_  
Facteur déclenchant \_\_\_\_\_ ou sans raison apparentes \_\_\_\_\_  
Symptômes initiaux: \_\_\_\_\_  
Symptômes Const: \_\_\_\_\_ Symptômes intermittents: \_\_\_\_\_  
Empiré *Se pencher assis / se lever tourner tête / tronc debout allongé*  
*matin / en cours de journée / soir au repos / en mouvement*  
*Autre* \_\_\_\_\_  
Mieux *Se pencher assis tourner tête / tronc debout allongé*  
*matin / en cours de journée / soir au repos / en mouvement*  
*Autre* \_\_\_\_\_  
Sommeil perturbé *Oui / Non* \_\_\_\_\_ Oreillers \_\_\_\_\_  
Position de sommeil *déçu / procu / latérocubitus D / G* Literie: *dure / moyenne / molle*  
Episodes antérieurs 0 1-5 6-10 11+ Année du 1er épisode \_\_\_\_\_  
Antécédents: \_\_\_\_\_  
Traitements à ce jour \_\_\_\_\_

## QUESTIONS SPECIFIQUES

*Toux/Eternuement/Inspiration profonde* + / - \_\_\_\_\_ Marche: *normale / anormale* \_\_\_\_\_  
Médicaments: *aucuns / AINS / analg / corticoïdes / Anticoag / Autre* \_\_\_\_\_  
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*      Cyphose: *red / acc / normale*  
 Correction Posturale: *mieux / empiré / sans effet* \_\_\_\_\_  
 Autres Observations: \_\_\_\_\_

### EXAMEN NEUROLOGIQUE (Membres supérieur et Membre inférieur)

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

### MOVEMENT LOSS

	Maj	Mod	Min	Nul	Douleur
Flexion					
Extension					
Rotation D					
Rotation G					
Autre					

### TESTS DE DIFFERENCIATION CERVICAUX

Rép Pro \_\_\_\_\_  
 Rép Ret \_\_\_\_\_  
 Rép Ret Ext \_\_\_\_\_  
 Rép IL D \_\_\_\_\_  
 Rép IL G \_\_\_\_\_  
 Rép Rot D \_\_\_\_\_  
 Rép Rot G \_\_\_\_\_  
 Rép Flex \_\_\_\_\_

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

	Symptômes pendant le test	Symptômes après le test	Réponse mécanique		
			↑ampl	↓ampl	sans effet
Symptômes avant test assis:					
FLEX					
Rép FLEX					
EXT					
Rép EXT					
Symptômes avant test allongé:					
Ext procu					
Rép Ext procu					
Ext décu					
Rép Ext décu					
Si nécessaire Symptômes avant test:					
Rot D					
Rép Rot D					
Rot G					
Rép Rot G					
Autre					

### TESTS STATIQUES

Flexion \_\_\_\_\_ Rotation R \_\_\_\_\_  
 Extension / Procu / Décu \_\_\_\_\_ Rotation L \_\_\_\_\_  
 Autres Tests \_\_\_\_\_

### CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement \_\_\_\_\_ Dysfonction \_\_\_\_\_ Posture \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_  
 Dérangement: Localisation de la douleur \_\_\_\_\_

### PRINCIPLE OF MANAGEMENT

Education \_\_\_\_\_ Aide ergonomique \_\_\_\_\_  
 Thérapie Mécanique: *Oui / Non* \_\_\_\_\_  
 Principe d'Extension: \_\_\_\_\_ Principe Latéral: \_\_\_\_\_  
 Principe de Flexion: \_\_\_\_\_ Autre: \_\_\_\_\_  
 Objectifs du traitement : \_\_\_\_\_