



INSTITUT MCKENZIE

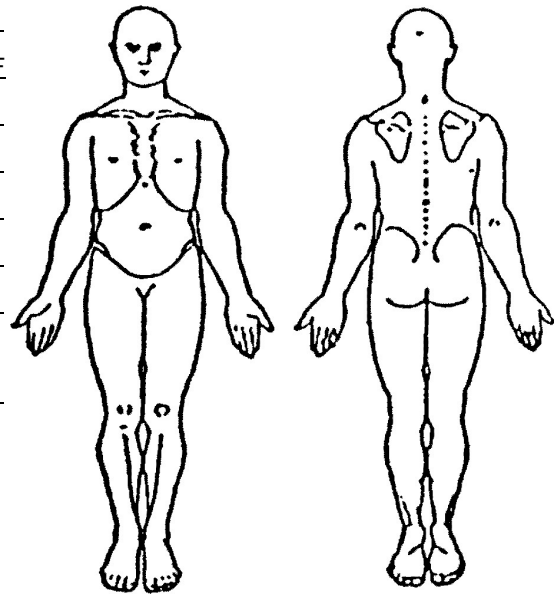
ÉVALUATION MEMBRE SUPÉRIEUR

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) _____



Droitier / Gaucher

Symptômes actuels _____
 Depuis _____ *s'améliore / stationnaire / se détériore*
 Facteur déclenchant _____ *sans raison apparente*
 Symptômes initiaux _____ *Paresthésies: oui / non*
 Atcd colonne _____ *Toux / Éternuement + / -*
 Symptômes constants: _____ Symptômes intermittents: _____

Empiré *se pencher* *assis* *tourner la tête* *s'habiller* *attraper* *serrer*
matin / cours de journée / soir *immobile / en mouvement* *allongé: procub / décub / latéro D / G*
autre _____

Mieux *se pencher* *assis* *tourner la tête* *s'habiller* *attraper* *serrer*
matin / cours de journée / soir *immobile / en mouvement* *allongé: procub / décub / latéro D / G*
autre _____

Douleur à l'utilisation continue: *mieux* *pire* *sans effet* *Sommeil perturbé oui / non*
 Douleur au repos *oui / non* *Site:* *cou / épaule / coude / poignet / main*
 Autres questions: *épanchement* *ressaut / craquement / blocage* *subluxation*

Épisodes antérieurs _____

Traitements antérieurs _____

Médication _____

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 / attentes du patient: _____

