

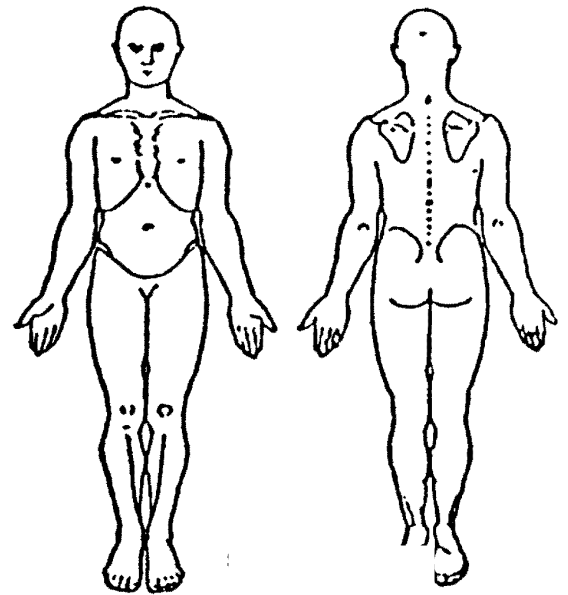


INSTITUT MCKENZIE ÉVALUATION THORACIQUE

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 _____ *s'améliore / stationnaire / se détériore*
Facteur déclenchant _____ sans raison apparente
Symptômes initiaux _____
Symptômes constants _____ Symptômes intermittents _____
Empiré *se pencher* *assis / se lever* *tourner le cou / le tronc* *debout* *allongé*
matin / cours de journée / soir *immobile / en mouvement*
autre _____
Mieux *se pencher* *assis / se lever* *tourner le cou / le tronc* *debout* *allongé*
matin / cours de journée / soir *immobile / en mouvement*
autre _____
Sommeil perturbé *oui / non* Positions de sommeil: *procub / décub / latéro D / G* Oreillers: _____

Épisodes antérieurs _____

Traitements antérieurs _____

QUESTIONS SPÉCIFIQUES

toux / éternuement / inspiration profonde _____ Marche / Memb Sup: *normal / anormal*
Médication: _____
Santé générale / Comorbidités: _____

Chirurgie récente / majeure: *oui / non* _____
Atcd de cancer: *oui / non* _____ Perte de poids inexplicée: *oui / non* _____
Atcd de trauma: *oui / non* _____ Imagerie: *oui / non* _____
Objectifs / attentes / croyances du patient: _____

EXAMEN PHYSIQUE

OBSERVATION DE LA POSTURE

Assis: *redressé / neutre / avachi* Tête en avant *oui / non* Modification de la posture: *mieux / empiré / sans effet*
 Debout: *neutre / en cyphose* _____
 Autres observations / marqueurs fonctionnels: _____

EXAMEN NEUROLOGIQUE (membre supérieur et inférieur)

Déficit moteur _____ Réflexes _____
 Déficit sensitif _____ Tests neurodynamiques _____

TEST DES MOUVEMENTS RÉPÉTÉS CERVICAUX

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

Rép Pro _____
 Rép Ret _____
 Rép Ret Ext _____
 Rép INC - D _____
 Rép INC - G _____
 Rép ROT - D _____
 Rép ROT - G _____
 Rép Flex _____

MOUVEMENTS TESTS Décrire l'effet sur la douleur actuelle – Pendant: produit, abolit, augmente, diminue, sans effet, centralise, périphérise. Après: mieux, empiré, pas mieux, pas empiré, sans effet, centralisé, périphérisé.

	Réponse symptomatique		Réponse mécanique	
	Pendant le test	Après le test	Effet - ↑ ou ↓ AMPLIT. ou test fonctionnel clé	Sans effet
Symptômes avant test assis _____				
FLEX _____				
Rép FLEX _____				
EXT _____				
Rép EXT _____				
Symptômes avant test allongé _____				
EEP _____				
Rép EEP _____				
EED _____				
Rép EED _____				
Symptômes avant test assis _____				
ROT - D _____				
Rép ROT - D _____				
ROT - G _____				
Rép ROT - G _____				
Autres mouvements _____				

TESTS STATIQUES Flex / Ext / Rotation / Autre _____ **AUTRES TESTS** _____

CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement Central ou symétrique Unilatéral ou asymétrique
 Préférence Directionnelle: _____
Dysfonction: Direction _____ **Postural** sous-groupe **AUTRES:** _____

FACTEURS POTENTIELS DE DOULEUR ET / OU D'INCAPACITÉ Comorbidités Cognitif - Émotionnel Contextuel
 Descriptions: _____

PRINCIPES DE TRAITEMENT

Éducation _____
 Type d'exercice _____ Fréquence _____
 Autres exercices / interventions _____
 Objectifs du traitements _____

Signature _____