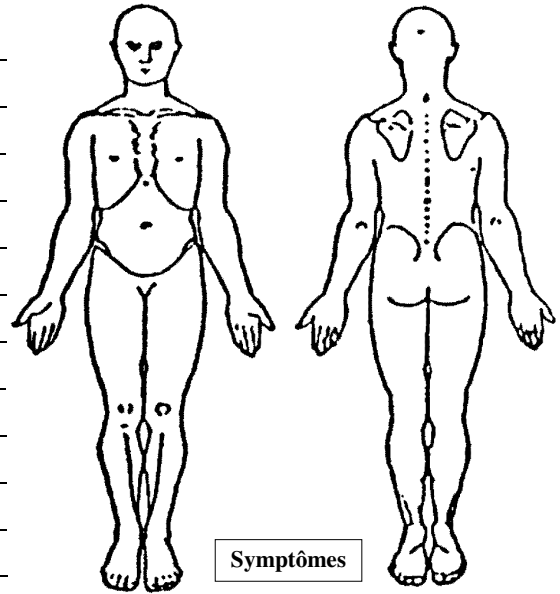




INSTITUT MCKENZIE INTERNATIONAL FORMULAIRE D'ÉVALUATION LOMBAIRE

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) _____
 EVA (0-10) _____



INTERROGATOIRE

Symptômes actuels _____
 Présents depuis _____ *s'améliore/stationnaire/se détériore*
 Facteur déclenchant _____ *ou sans raison apparentes*
 Symptômes initiaux: *lbr / cuisse / jbe* _____
 Symptômes Const: *lbr / cuisse / jbe* _____ symptôme intermittents: *lbr / cuisse / jbe*
 Empiré *Se pencher Assis / Se lever Debout Marcher Allongé*
Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement
Autre _____
 Mieux *Se pencher Assis Debout Marcher Allongé*
Matin / En cours de journée / Soir Immobile / En mouvement
Autre _____
 Sommeil perturbé *Oui / Non* Position: *déçu / procu / latéro 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/ Effort: oui / non *Vessie: normale / anormale* *Marche: normale / anormale*
 Médicaments: *aucuns / AINS / analg / corticoïdes / anticoag / autre* _____
 Santé grl: *Bonne / Passable / Mauvaise* _____
 Imagerie: *oui / non* _____
 Chirurgie récente ou majeure : *oui / non* _____ Doul Noct: *oui / non* _____
 Accidents: *oui / non* _____ Perte de poids inexplicquée : *oui / non*
 Autre: _____

EXAMEN

POSTURE

Assis: *bonne / pass / mauv* Debout: *bonne / pass / mauv* Lordose: *réd / acc / normale* Shift Latéral: *G / D / Aucun*
 Correction Posturale: *mieux / empiré / ss effet* Pertinent: *oui / non*
 autres observations: _____

EXAMEN NEUROLOGIQUE

Déficit Moteur _____ Réflexes _____
 Déficit Sensitif _____ Neuro-Méningé _____

PERTE DE MOUVEMENT

	Maj	Mod	Min	Nulle	Douleur
Flexion					
Extension					
Glissement lat D					
Glissement lat G					

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

	Symptômes pdt le test	Symptômes après le test	Réponse mécanique		
			↑ampl	↓ampl	ss effet
Symptômes avant tests dbt:					
FI dbt					
Rep FI dbt					
Ext dbt					
Rep Ext dbt					
Symptômes avant tests:					
FED					
Rep FED					
EEP					
Rep EEP					
Si nécessaire symptômes avant tests:					
gliss lat D					
Rep gliss lat D					
gliss lat G					
Rep gliss lat G					

TESTS STATIQUES

Assis en cyphose _____ Assis redressé _____
 Dbt relaché _____ Dbt redressé _____
 En procu sur les coudes _____ Assis MI ext _____

Autres Tests _____

CLASSIFICATION PROVISOIRE

Dérangement Dysfonction Postural Autre
 Dérangement : Localisation de la douleur : _____

PRINCIPES DE MANAGEMENT

Education _____ Aide ergonomique _____
 Thérapie mécanique : Oui / Non _____
 Principe d'extension _____ Principe latéral _____ Principe de flexion : _____
 Autres _____
 Buts du traitement: _____