INSTITUT McKENZIE INTERNATIONAL
FORMULAIRE D'EVALUATION LOMBAIRE

Date _____

Nom _____ Sexe : M / F

Adresse _____

Téléphone _____

DDN _____ Age _____

Prescripteur: _____

Travail: contraintes mécaniques _____

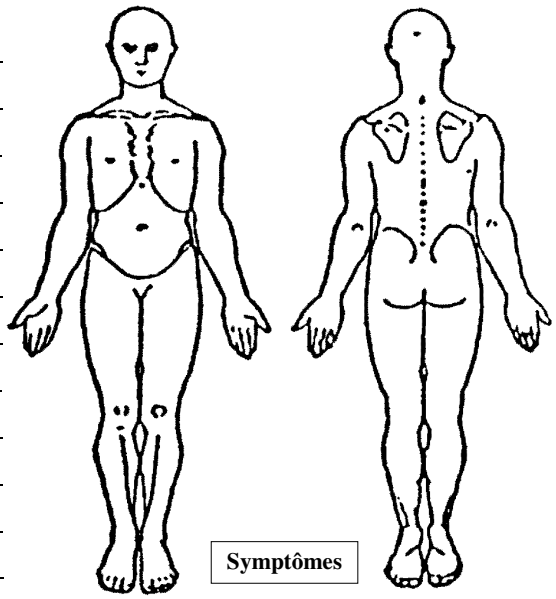
_____

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: *décu / 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 inexpliquée : *oui / non*

Autre: _____

McKenzie Institute International 2004©

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, périphérise. **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:					
Fl dbt					
Rep Fl 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: _____

McKenzie Institute International 2004©