



INSTITUT MCKENZIE INTERNATIONAL FORMULAIRE D'ÉVALUATION LOMBAIRE

Date _____

Nom _____ Sexe : M / F _____

Adresse _____

Téléphone _____

Né le _____ Age _____

Prescripteur: _____

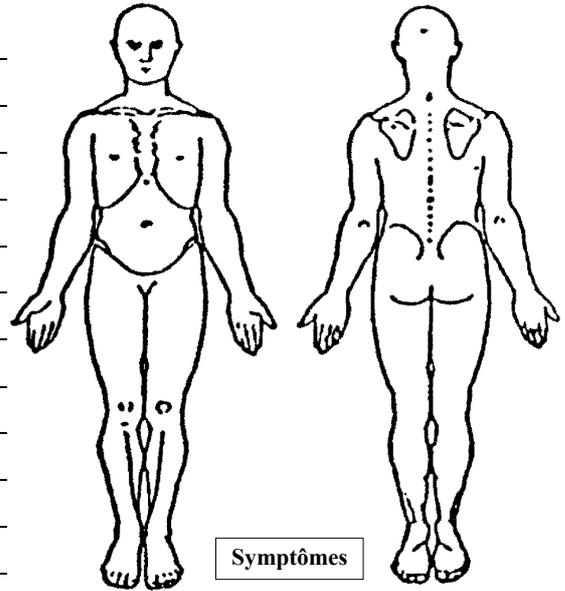
Travail: contraintes mécaniques _____

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 / Sphincter anal: normal / anormal* *Marche: normale / anormale*

Médicaments: *aucuns / AINS / analg / corticoïdes / anticoag / autre* _____

Santé grl: *Bonne / Passable / Mauvaise* _____

Imagerie: *oui / non* _____

Chirurgie récente ou majeure : *oui / non* _____ Douleur Noct: *oui / non* _____

Accidents: *oui / non* _____ Perte de poids inexplicquée : *oui / non*

Autre: _____

