

Tableau 3.9 Formulaire du bilan médical

ÉTAT CIVIL						
NOM _____		PRÉNOM _____		SEXE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
DATE DE NAISSANCE [][][][][][]		POIDS _____		TAILLE _____		
PROFESSION		SPORT		ANTÉCÉDENTS GÉNÉRAUX		
Travail de force <input type="checkbox"/>		Loisir <input type="checkbox"/>		_____		
Travail actif <input type="checkbox"/>		Compétition <input type="checkbox"/>		_____		
Travail sédentaire <input type="checkbox"/>				_____		
HISTOIRE DE LA MALADIE						
DATE DE DÉBUT _____		Début brutal <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
		Sur fond chronique <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
		Déclenché effort <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
(flexion, extension, rotation, port de charge, surmenage banal, pas de raison)						
précisez _____						
ANTÉCÉDENTS CONCERNANT LE RACHIS						
• AUTRES LOCALISATIONS RACHIDIENNES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				DATE DE DÉBUT _____		
Précisez _____						
• RADICULALGIE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
Précisez la topographie _____						
• CRISES AIGÜES OU SUBAIGÜES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
• FOND DOULOUREUX CHRONIQUE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON						
• DIAGNOSTIC ENVISAGÉ POUR LES ÉPISODES ANTÉRIEURS _____						
• TRAITEMENTS DÉJÀ FAITS						
<input type="checkbox"/> Repos		<input type="checkbox"/> AINS		<input type="checkbox"/> Myorelaxant		<input type="checkbox"/> Antalgique
<input type="checkbox"/> Lombostat en crise				<input type="checkbox"/> Lombostat régulier		
<input type="checkbox"/> Tractions vertébrales				<input type="checkbox"/> Manipulations		
<input type="checkbox"/> Corticothérapie générale				<input type="checkbox"/> Locale		
<input type="checkbox"/> Rééducation				<input type="checkbox"/> Chirurgie		
. Impression générale sur la musculature lombo-abdominale _____						
DIAGNOSTIC						
SIGNES FONCTIONNELS		Dérangement intradiscal	Insuffisance discale	Atteinte du muscle	Atteinte du ligament	Atteinte articulaire postérieure
DOULEUR SPONTANÉE	Aiguë - Subaiguë	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chronique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Médiane en barre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Latéralisée	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bilatérale			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Irradiation vraie	<input type="checkbox"/>	TOPOGRAPHIE			
	Projection douloureuse				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Calmée/position antalgique	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Impulsivité	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

EXAMEN		Dérangement Intradiscal	Insuffisance Discale	Atteinte du muscle	Atteinte du ligament	Atteinte articulaire postérieure
DEBOUT STATIQUE	Troubles statiques structuraux			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PRÉCISEZ					
DEBOUT CINÉTIQUE	Attitude antalgique	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	Attitude antalgique provoquée	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	Mobilité harmonieuse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Mobilité non-harmonieuse	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
	Contracture (pas simulé)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
COUCHÉ DOULEUR PROVOQUÉE PAR PRESSION	médiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	sur topo anatomique précise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PRÉCISEZ					
SIGNES DE CONFLIT (Duramérien)	sonnette	<input type="checkbox"/>				
	Lasègue lombaire sensibilisé	<input type="checkbox"/>				
	(Radiculaire)					
SIGNES NEUROLOGIQUES	Lasègue	<input type="checkbox"/>				
	Troubles sensitifs	<input type="checkbox"/>				
	Moteurs	<input type="checkbox"/>				
	ROT	<input type="checkbox"/>				
	Atteinte de la queue de cheval	<input type="checkbox"/>				
RADIOGRAPHIES						
	Normales	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Troubles statiques			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anomalies transitionnelles		<input type="checkbox"/>			
	Baïllement discal	<input type="checkbox"/>				
	Affaïsement discal		<input type="checkbox"/>			
	Disarthrose - AIAP		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
TRAITEMENT PRESCRIT						

DIAGNOSTIC ENVISAGÉ	_____					

ÉVOLUTION	- Modification du diagnostic _____					
noter le changement	_____					
de la symptomatologie	_____					
	- Modification du traitement _____					

