

***Vous allez bénéficier de soins de kinésithérapie. Il est nécessaire pour nous d'avoir certaines informations afin de vous proposer des soins de qualité et adaptés. Chacun de ces renseignements est essentiel et nous permet d'avoir une idée de votre état de santé. Ils sont strictement confidentiels et dépendent du secret médical que nous respectons.***

Nom et prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

Âge :

Numéro de sécurité sociale :

Profession :

Médecin traitant :

Kinésithérapeute habituel :

Médicaments :

Consommation de tabac / alcool :

Loisirs :

Activité physique :

**ANTECEDENTS : Cochez si vous avez eu ou présentez ces symptômes ou pathologies :**

- |                                                                  |                                                                                                                                                      |                                                                              |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problème cardiaque                      | <input type="checkbox"/> Tuberculose                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Migraine                                            |
| <input type="checkbox"/> Problème circulatoire                   | <input type="checkbox"/> Pathologie thyroïdienne                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Dépression                                          |
| <input type="checkbox"/> Hypertension                            | <input type="checkbox"/> Ces 6 derniers mois avez-vous pris des corticostéroïdes (ex : prednisone, prednisolone, dexaméthasone) <u>cochez si oui</u> | <input type="checkbox"/> Fractures                                           |
| <input type="checkbox"/> Phlébite / embolie pulmonaire           | <input type="checkbox"/> Chirurgie(s), si oui laquelle et à quelle date : .....                                                                      | <input type="checkbox"/> Ostéoporose / Ménopause précoce                     |
| <input type="checkbox"/> Pathologie respiratoire (Asthme, BPCO)  |                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Dépendances (alcool, drogue, tabac)                 |
| <input type="checkbox"/> Diabète, cholestérol                    |                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Traumatisme(s) et accident(s), si oui citez : ..... |
| <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde                 |                                                                                                                                                      |                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Cancer, si oui précisez le type : ..... |                                                                                                                                                      |                                                                              |

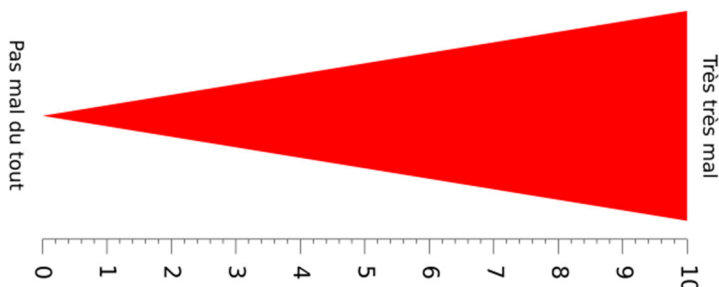
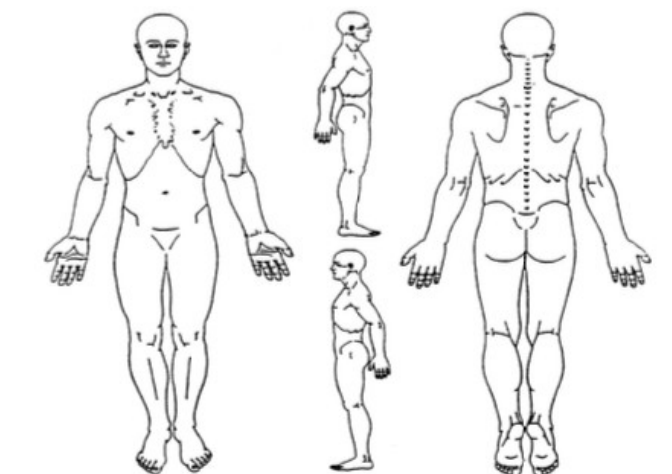
**SYMPTOMES : Cochez ce qui est apparu récemment et vous semble NOUVEAU, INHABITUEL, ATYPIQUE**

- |                                                         |                                                           |                                                             |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chute ou accident récent       | <input type="checkbox"/> Fièvre                           | <input type="checkbox"/> Brûlures d'estomac                 |
| <input type="checkbox"/> Perte/prise de poids récente   | <input type="checkbox"/> Troubles de la vision            | <input type="checkbox"/> Constipation/diarrhées             |
| <input type="checkbox"/> Nausées/vomissements           | <input type="checkbox"/> Problèmes d'audition             | <input type="checkbox"/> Sang dans les selles, les urines o |
| <input type="checkbox"/> Fatigue inexplicable           | <input type="checkbox"/> Etourdissements, vertiges        | <input type="checkbox"/> Saignements excessifs              |
| <input type="checkbox"/> Stress intense ou inhabituel   | <input type="checkbox"/> Difficultés à respirer, à avaler | <input type="checkbox"/> Problèmes urinaires                |
| <input type="checkbox"/> Perte de force                 | <input type="checkbox"/> Eruption cutanée                 | <input type="checkbox"/> continence urinaire/fécale         |
| <input type="checkbox"/> Picotements/engourdissements o | <input type="checkbox"/> Gonflement bras ou jambes        | <input type="checkbox"/> Difficultés sexuelles              |
| <input type="checkbox"/> Tremblements                   | <input type="checkbox"/> Ecchymoses (bleus)               | <input type="checkbox"/> Autres : .....                     |

**CONSULTATION DU JOUR :**

Merci de dessiner sur le schéma ci-dessous les zones douloureuses :

Veuillez tracer ci-dessous votre niveau de douleur actuel



## B. Bilan kiné détaillé

|                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|
| HISTOIRE :                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                            |
| Date d'apparition de la problématique :                                                                                                                                                                                               |  |                                                            |
| Apparition / déclenchement à la suite de :                                                                                                                                                                                            |  |                                                            |
| DESCRIPTION DOULEUR :                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                            |
| Les douleurs sont plus fortes : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Au réveil</li><li>○ En journée</li><li>○ Au travail</li><li>○ Au repos</li><li>○ La nuit</li><li>○</li></ul>                                                  |  | Activités, mouvements ou autres déclenchant ou aggravant : |
| DN4 - Les douleurs sont accompagnées de : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Fourmillements</li><li>○ Engourdissements</li><li>○ Picotements</li><li>○ Brûlures</li><li>○ Coups d'électricité</li><li>○ Perte de force</li></ul> |  | Activités, mouvements ou autres soulageant :               |
| Autres : .....                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                            |
| TESTS SPECIFIQUES :                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                            |
| PSYCHO-SOCIAL / COPING : <ul style="list-style-type: none"><li>○ Catastrophisme</li><li>○ Peur-évitement</li><li>○ Auto-efficacité</li></ul> Sommeil :                                                                                |  |                                                            |
| ATTENTES PATIENT ET OBJECTIFS TRAITEMENT :                                                                                                                                                                                            |  |                                                            |

### C. Conclusion du bilan

|                                                            |                                                |                                                                |                                                                 |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Conclusions du bilan kiné :                                |                                                | Red flags : OUI – NON                                          |                                                                 |
| Conseils / Exercices donnés :                              |                                                | Signes à surveiller :                                          |                                                                 |
| Suggestion d'imagerie complémentaire :<br><i>OUI / NON</i> | Incapacités :<br><i>OUI / NON</i><br>Détails : | Suggestion d'arrêt de travail :<br><i>OUI / NON</i><br>Durée : | Nécessité de revoir un médecin :<br><i>OUI / NON</i><br>Délai : |

## Annexe – Fiche Lombalgie: MEMO RED FLAG

| Fracture vertébrale                       | Cluster de Henshke : Si 3 et + positifs → probabilité 52% |     |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----|
| Femme                                     | Oui                                                       | Non |
| Age > 70 ans                              | Oui                                                       | Non |
| Trauma significatif                       | Oui                                                       | Non |
| Jeune : majeur                            |                                                           |     |
| Agé : > 5 marches ou 90cm                 |                                                           |     |
| Utilisation prolongée de corticostéroïdes | Oui                                                       | Non |

| Fracture tassement ostéoporotique | Cluster de Roman : Si >=4 → Probabilité 20% |     |
|-----------------------------------|---------------------------------------------|-----|
| Femme                             | Oui                                         | Non |
| Age > 52 ans                      | Oui                                         | Non |
| Pas de douleur dans les jambes    | Oui                                         | Non |
| IMC < 22                          | Oui                                         | Non |
| Pas d'activité physique régulière | Oui                                         | Non |

| Cancer                      |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|
| ATCD cancer                 | Oui | Non |
| Perte de poids involontaire | Oui | Non |

| Infection                                          |     |     |
|----------------------------------------------------|-----|-----|
| Fièvre > 38 degrés ou frissons                     | Oui | Non |
| Utilisation corticostéroïdes ou immunosuppresseurs | Oui | Non |
| Immunodéficience                                   | Oui | Non |
| Infection urinaire                                 | Oui | Non |
| Douleur nocturne intense                           | Oui | Non |

| Syndrome de la queue de cheval                    |     |     |
|---------------------------------------------------|-----|-----|
| Symptôme neuro progressif                         | Oui | Non |
| Anesthésie en selle                               | Oui | Non |
| Dysfonction urinaire soudaine                     | Oui | Non |
| Paresthésies ou paralysie irradiant vers pubis/MI | Oui | Non |
| Marche perturbée                                  | Oui | Non |
| Incontinence fécale                               | Oui | Non |

| Pathologies inflammatoires  |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|
| Spondylarthrite ankylosante | Oui | Non |
| Spondylarthrite axiale      | Oui | Non |

| Lombalgie spécifique             |     |     |
|----------------------------------|-----|-----|
| Perte de force                   | Oui | Non |
| ROT                              | Oui | Non |
| Perte de fonction grosses fibres | Oui | Non |
| Perte de fonction petites fibres | Oui | Non |
| Test de Lasseque                 | Oui | Non |
| Test de Lery                     | Oui | Non |

| Lombalgie non spécifique                |     |     |
|-----------------------------------------|-----|-----|
| Pas de diagnostic pathoanatomique clair | Oui | Non |
| Absence de Red flag                     | Oui | Non |

|                   |                       |
|-------------------|-----------------------|
| Catastrophisme :  | Sommeil :             |
| Peur évitement :  | Coping :              |
| Auto-efficacité : | Attentes traitement : |