

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** 50

**Coxarthrose**

**RUBRIQUES DE BILAN**

**VALEURS**

**DOULEURS**

**Douleurs en charge**

Localisation ..... Bassin | Pubis | Aine | Cuisse | Ischion | Cuisse et genou | Genou  
Membre inférieur | Hanche + rachis lombaire

EVA .....

EVS ..... 0 - Absence de douleur | 1 - Douleur faible | 2 - Douleur forte  
3 - Douleur intense | 4 - Douleur très intense

Diagnostic kinésithérapique .....

**TROUBLES MORPHOSTATIQUES**

**Morphotype** .....

Amyotrophie généralisée  
Asthénique (cyphose dorsale + épaules enroulées) | Bréviligne  
Bréviligne avec ptose abdominale | Longiligne  
Longiligne avec ptose abdominale | Surcharge pondérale

**Attitude spontanée**

Attitude antalgique ..... Non | Oui

Attitude antalgique / Attitude vicieuse ..... Colonne vertébrale  
Hyper-lordose lombaire  
Scoliose de compensation

Bassin  
Antépulsion côté lésé  
Surélévation côté lésé

Hanche  
Flexion  
Rotation externe  
Rotation interne  
Abduction  
Adduction

Genou  
Flessum de genou  
Tibio-tarsienne - Pied  
Pied équin  
Pied varus  
Pied valgus

Diagnostic kinésithérapique .....

**TROUBLES VASOMOTEURS & TROPHIQUES**

**Amyotrophie** .....

Mesurée (cf. tableau) | Non mesurée (masquée par l'œdème)

**Centimétrie**

20 cm au dessus genou ..... Côté sain    Côté lésé

5 cm au dessus genou .....

15 cm en dessous genou .....

Diagnostic kinésithérapique .....

**TROUBLES DE LA MOBILITE**

**Mobilité active hanche**

C.I.            Coté sain    Côté lésé

Flexion (genou libre) (norme 110/140) ..... ( 1 )

Extension (genou libre) (norme 0/20) ..... ( 1 )

Abduction (norme 35/45) ..... ( 1 )

Adduction (norme 30/40) ..... ( 1 )

Rotation externe (norme 35/50) ..... ( 1 )

Rotation interne (norme 35/50) ..... ( 1 )

**Mobilité active hanche évaluation simplifiée**

Mouvements limités ..... Flexion | Extension | Abduction | Adduction | Rotation externe  
Rotation interne

Diagnostic kinésithérapique .....

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** **50**

**Coxarthrose**

RUBRIQUES DE BILAN	VALEURS
--------------------	---------

**TROUBLES MUSCULAIRES**

**Evaluation musculaire simplifiée**

Muscles hypoextensibles . . . . .	Adducteurs   Droit antérieur   Ischio-jambier   Psoas iliaque Rotateurs externes
Muscles hypotoniques . . . . .	Fléchisseurs   Extenseurs   Abducteurs   Adducteurs Rotateurs externes   Rotateurs internes
Muscles hypertoniques . . . . .	Paravertébraux lombaires   Adducteurs   Rotateurs externes de hanche Ischio-jambiers   Triceps sural

Diagnostic kinésithérapique . . . . .

**TROUBLES FONCTIONNELS**

**Examen du pas**

Pas portant . . . . .	Boiterie antalgique   Esquive   Hésitant   Instable   Stable
Pas oscillant . . . . .	Rasant   Fauchage   Steppage   Accrochage du sol   Normal Raccourcissement du pas postérieur avec salutation

**Contrôle du bassin**

Boiterie du bassin . . . . .	Non   Oui
Boiterie de l'épaule . . . . .	Non   Oui

Diagnostic kinésithérapique . . . . .

**VIE QUOTIDIENNE**

**Questionnaire**

Bilan de MERLE D'AUBIGNE . . . . .

Diagnostic kinésithérapique . . . . .

**TRAITEMENTS**

**Douleur**

Electrothérapie antalgique . . . . .	Endomorphiniques   Laser   Laser + TENS   TENS TENS + Endomorphiniques
--------------------------------------	---

**Oedème**

Déclive . . . . .	Diurne   Diurne et nocturne
Drainage . . . . .	Lymphatique manuel   Lymphatique manuel localisé Lymphatique manuel sur zone d'engorgement Lymphatique manuel à distance
Pressothérapie . . . . .	Par bandage compressif   Pneumatique intermittente

**Contractures**

Thermothérapie . . . . .	Compresse chaude   Infra-rouge   Parafango
Massage . . . . .	Décontracturant   Myorelaxant Réflexe ponctural (KNAP et Trigger points)
Techniques de relâchement . . . . .	Contracté-relâché   Fascia thérapie   Massage pneumatique Traction axiale

**Traitement de la raideur**

Mobilisation articulaire en suspension sans charge . . . . .	Non   Oui
Thermothérapie . . . . .	Non   Oui
Décoaptation en traction . . . . .	Non   Oui
Assouplissement des hypo-extensibles . . . . .	Adducteurs   Droit antérieur   Fascia lata   Pyramidal
Postures non douloureuses . . . . .	Non   Oui
Renforcement musculaire hors poussée . . . . .	Electro-myostimulation Travail statique pelvi-trochantérien moyen-fessier quadriceps

**Traitement de la lombalgie** . . . . . Non | Oui

**Kinébalnéothérapie**

Exercices de relâchement . . . . .	Non   Oui
Exercices de gain d'amplitude . . . . .	Non   Oui

**Bilan numéro :**

**Date :**

**Séances effectuées :**

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** **50**

**Coxarthrose**

RUBRIQUES DE BILAN	VALEURS
Hydrojet .....	Non   Oui
Aquagym .....	Non   Oui
<b>Conseils</b>	
Protection de l'appareil locomoteur .....	Appui de soutien
	Eviter décubitus latéral côté lésé
	Eviter pivot sur côté lésé
	Marche par étapes
	Position assise haute
	Outils adaptés
	Port de protecteurs latéraux de hanche
	Long chausse-pied
	Chaussure à velcro
	Canne côté opposé à la hanche lésée

**Liste valeurs annexes au bilan**

( 1 ) Non | Oui