

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** **102**

**Tétraplégie**

**RUBRIQUES DE BILAN**

**VALEURS**

**DOULEURS**

**Evaluation douleurs**

ECPA .....

EVA .....

EVS .....

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

**Diagnostic kinésithérapique** .....

**TROUBLES ARTICULAIRES MEMBRES SUPERIEURS**

**Epaule**

Mobilité passive épaule gauche .....

Particularité épaule gauche .....

Normale | Anormale  
Arthrose | Arthrodèse | Prothèse | Néo | Greffe peau | Périarthrite  
Subluxation | Arthrite | Séquelles fracture | Oedeme | Raideur anormale  
Adduction | Rotation interne | Add./Flex./Rot. int.

Déformation épaule gauche .....

Déficit de mobilité épaule gauche .....

Flexion  
Extension  
Abduction  
Adduction  
Rot. externe  
Rot. interne  
Global  
Cause  
para-ostéo-arthropathie  
douleur  
oedème  
rétraction  
spasticité

Mobilité passive épaule droite .....

Particularité épaule droite .....

Normale | Anormale  
Arthrose | Arthrodèse | Prothèse | Néo | Greffe peau | Périarthrite  
Subluxation | Arthrite | Séquelles fracture | Oedeme | Raideur anormale  
Adduction | Rotation interne | Add./Flex./Rot. int.

Déformation épaule droite .....

Déficit de mobilité épaule droite .....

Flexion  
Extension  
Abduction  
Adduction  
Rot. externe  
Rot. interne  
Global  
Cause  
para-ostéo-arthropathie  
douleur  
oedème  
rétraction  
spasticité

**Coude**

Mobilité passive coude gauche .....

Particularité coude gauche .....

Normale | Anormale  
Arthrose | Arthrodèse | Prothèse | Néo | Greffe peau | Périarthrite  
Subluxation | Arthrite | Séquelles fracture | Oedeme | Raideur anormale

Déformation coude gauche .....

Déficit de mobilité coude gauche .....

Flessum | Flex. en pronation | Varus | Valgus  
Flexion  
Extension  
Pronation  
Supination  
Global

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE**

102

**Tétraplégie**

**RUBRIQUES DE BILAN**

**VALEURS**

Cause

para-ostéo-arthropathie

douleur

oedème

rétraction

spasticité

Mobilité passive coude droit . . . . . Normale | Anormale

Particularité coude droit . . . . . Arthrose | Arthrodèse | Prothèse | Néo | Greffe peau | Périarthrite

Subluxation | Arthrite | Séquelles fracture | Oedeme | Raideur anormale

Déformation coude droit . . . . . Flessum | Flex. en pronation | Varus | Valgus

Déficit de mobilité coude droit . . . . . Flexion

Extension

Pronation

Supination

Global

Cause

para-ostéo-arthropathie

douleur

oedème

rétraction

spasticité

**Poignet**

Mobilité passive poignet gauche . . . . . Normale | Anormale

Particularité poignet gauche . . . . . Arthrose | Arthrodèse | Prothèse | Néo | Greffe peau | Périarthrite

Subluxation | Arthrite | Séquelles fracture | Oedeme | Raideur anormale

Déformation poignet gauche . . . . . Flexion | Flex. en incl. cub.

Déficit de mobilité poignet gauche . . . . . Flexion

Extension

Incl. cubitale

Incl. radiale

Global

Cause

spasticité

para-ostéo-arthropathie

douleur

oedème

rétraction

Mobilité passive poignet droit . . . . . Normale | Anormale

Particularité poignet droit . . . . . Arthrose | Arthrodèse | Prothèse | Néo | Greffe peau | Périarthrite

Subluxation | Arthrite | Séquelles fracture | Oedeme | Raideur anormale

Déformation poignet droit . . . . . Flexion | Flex. en incl. cub.

Déficit de mobilité poignet droit . . . . . Flexion

Extension

Incl. cubitale

Incl. radiale

Global

Cause

spasticité

para-ostéo-arthropathie

douleur

oedème

rétraction

**Main**

**Bilan numéro :**

**Date :**

**Séances effectuées :**

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE**

**102**

**Tétraplégie**

RUBRIQUES DE BILAN	VALEURS
Mobilité passive main gauche . . . . .	Normale   Anormale
Particularité main gauche . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Néo   Greffe peau   Algoneurodystrophie Arthrite   Séquelles fracture
Déformation main gauche . . . . .	Doigts en griffe   Pouce en adduction   Main en fléau   MP en extension Fléau, adductus du 1   Main plate   Rhumatisme déformant
Déficit de mobilité main gauche . . . . .	Flexion des doigts Extension des doigts Opposition Ouverture Global Cause spasticité para-ostéo-arthropathie douleur oedème rétraction
Mobilité passive main droite . . . . .	Normale   Anormale
Particularité main droite . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Néo   Greffe peau   Algoneurodystrophie Arthrite   Séquelles fracture
Déformation main droite . . . . .	Doigts en griffe   Pouce en adduction   Main en fléau   MP en extension Fléau, adductus du 1   Main plate   Rhumatisme déformant
Déficit de mobilité main droite . . . . .	Flexion des doigts Extension des doigts Opposition Ouverture Global Cause spasticité para-ostéo-arthropathie douleur oedème rétraction
<b>Diagnostic kinésithérapique . . . . .</b>	

**TROUBLES ARTICULAIRES MEMBRES INFERIEURS**

**Hanche**

Mobilité passive hanche gauche . . . . .	Normale   Anormale
Particularité hanche gauche . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Prothèse   Néo   Greffe peau   Périarthrite Subluxation   Arthrite   Séquelles fracture   Oedeme   Raideur anormale
Déformation hanche gauche . . . . .	Flessum   Rot. interne   Flessum et Rot.int.   Extension   Rot. externe Ext. + rot.ext.   Abductum
Déficit de mobilité hanche gauche . . . . .	Abduction Adduction Extension Flexion Rot. externe Rot. interne Global Cause oedème rétraction spasticité para-ostéo-arthropathie douleur

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE**

102

**Tétraplégie**

RUBRIQUES DE BILAN	VALEURS
Mobilité passive hanche droite . . . . .	Normale   Anormale
Particularité hanche droite . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Prothèse   Néo   Greffe peau   Périarthrite Subluxation   Arthrite   Séquelles fracture   Oedeme   Raideur anormale
Déformation hanche droite . . . . .	Flessum   Rot. interne   Flessum et Rot.int.   Extension   Rot. externe Ext. + rot.ext.   Abductum
Déficit de mobilité hanche droite . . . . .	Abduction Adduction Extension Flexion Rot. externe Rot. interne Global Cause oedème rétraction spasticité para-ostéo-arthropathie douleur
<b>Genou</b>	
Mobilité passive genou gauche . . . . .	Normale   Anormale
Particularité genou gauche . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Prothèse   Néo   Greffe peau   Périarthrite Subluxation   Arthrite   Séquelles fracture   Oedeme   Raideur anormale
Déformation genou gauche . . . . .	Varus   Valgus   Flessum   Recurvatum   Valgus + flessum Varus + flessum
Déficit de mobilité genou gauche . . . . .	Flexion Extension Rot. externe Rot. interne Global Cause oedème rétraction spasticité para-ostéo-arthropathie douleur
Mobilité passive genou droit . . . . .	Normale   Anormale
Particularité genou droit . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Prothèse   Néo   Greffe peau   Périarthrite Subluxation   Arthrite   Séquelles fracture   Oedeme   Raideur anormale
Déformation genou droit . . . . .	Varus   Valgus   Flessum   Recurvatum   Valgus + flessum Varus + flessum
Déficit de mobilité genou droit . . . . .	Flexion Extension Rot. externe Rot. interne Global Cause oedème rétraction spasticité para-ostéo-arthropathie douleur
<b>Tibio-tarsienne</b>	
Mobilité passive TT gauche . . . . .	Normale   Anormale

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE**

**102**

**Tétraplégie**

RUBRIQUES DE BILAN	VALEURS
Particularité TT gauche . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Prothèse   Néo   Greffe peau   Périarthrite Subluxation   Arthrite   Séquelles fracture   Oedeme   Raideur anormale
Déformation TT gauche . . . . .	Equin
Déficit de mobilité TT gauche . . . . .	Flexion Extension Global Cause para-ostéo-arthropathie douleur oedème rétraction spasticité
Mobilité passive TT droite . . . . .	Normale   Anormale
Particularité TT droite . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Prothèse   Néo   Greffe peau   Périarthrite Subluxation   Arthrite   Séquelles fracture   Oedeme   Raideur anormale
Déformation TT droite . . . . .	Equin
Déficit de mobilité TT droite . . . . .	Flexion Extension Global Cause para-ostéo-arthropathie douleur oedème rétraction spasticité
<b>Pied</b>	
Mobilité passive pied gauche . . . . .	Normale   Anormale
Particularité pied gauche . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Néo   Greffe peau   Algoneurodystrophie Arthrite   Séquelles fracture
Déformation pied gauche . . . . .	Varus   Valgus   Orteils en griffe   Pied plat   Pied creux
Déficit de mobilité pied gauche . . . . .	Valgus Varus Global Cause para-ostéo-arthropathie douleur oedème rétraction spasticité
Mobilité passive pied droit . . . . .	Normale   Anormale
Particularité pied droit . . . . .	Arthrose   Arthrodèse   Néo   Greffe peau   Algoneurodystrophie Arthrite   Séquelles fracture
Déformation pied droit . . . . .	Varus   Valgus   Orteils en griffe   Pied plat   Pied creux
Déficit de mobilité pied droit . . . . .	Valgus Varus Global Cause para-ostéo-arthropathie douleur oedème rétraction spasticité
<b>Diagnostic kinésithérapique . . . . .</b>	

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** **102**

**Tétraplégie**

RUBRIQUES DE BILAN	VALEURS
<b>TROUBLES MOTEURS MEMBRES SUPERIEURS</b>	
<b>Motricité globale</b>	
Mouvement main gauche - bouche . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement main droite - bouche . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement abduction + rotation ext. bras gauche tendu . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement abduction + rotation ext. bras droit tendu . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement ouverture main gauche . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement ouverture main droite . . . . .	Incompris

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE**

**102**

**Tétraplégie**

RUBRIQUES DE BILAN	VALEURS
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement préhension globale gauche . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement préhension globale droite . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement pince distale pouce-index gauche . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement pince distale pouce-index droite . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement pince latérale pouce-index gauche . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** 102

**Tétraplégie**

**RUBRIQUES DE BILAN**

**VALEURS**

	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Mouvement pince latérale pouce-index droite . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité

**TROUBLES MOTEURS TRONC**

**Testing abdominaux**

Grands droits . . . . .	Déficitaire   0   1   2   3-   3   3+   4-   4   4+   5-
Obliques rotateurs gauches . . . . .	Déficitaire   0   1   2   3-   3   3+   4-   4   4+   5-
Obliques rotateurs droits . . . . .	Déficitaire   0   1   2   3-   3   3+   4-   4   4+   5-
Transverse . . . . .	Déficitaire   0   1   2   3-   3   3+   4-   4   4+   5-

**Testing extenseurs tronc**

Spinaux . . . . .	Déficitaire   0   1   2   3-   3   3+   4-   4   4+   5-
-------------------	--

**Testing élévateurs bassin**

Carré des lombes . . . . .	Déficitaire   0   1   2   3-   3   3+   4-   4   4+   5-
----------------------------	--

**Testing diaphragme**

Diaphragme . . . . .	Déficitaire   0   1   2   3-   3   3+   4-   4   4+   5-
----------------------	--

**Diagnostic kinésithérapique . . . . .**

**TROUBLES MOTEURS MEMBRES INFÉRIEURS**

**Motricité globale**

Flexion hanche - genou - TT gauche . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Flexion hanche - genou - TT droite . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Appui membre gauche tendu . . . . .	Incompris
	Aucun

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** **102**

**Tétraplégie**

RUBRIQUES DE BILAN	VALEURS
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
Appui membre droit tendu . . . . .	Incompris
	Aucun
	Ebauche
	Partiel
	Complet difficile
	Complet facile
	Coordination motrice
	normale
	anormale
	spasticité
<b>Diagnostic kinésithérapique . . . . .</b>	

**TROUBLES DE L'EQUILIBRE**

<b>Equilibre assis au fauteuil . . . . .</b>	Impossible
	affaissement antérieur
	affaissement latéral
	Stable avec appui dorsal et bras immobiles
	Stable avec appui dorsal et bras mobiles
	Stable sans appui dorsal et bras immobiles
	Stable sans appui dorsal et bras mobiles
<b>Diagnostic kinésithérapique . . . . .</b>	

**TROUBLES FONCTIONNELS MEMBRES SUPERIEURS**

<b>Tests de force membres supérieurs</b>	<u>Gauche</u> <u>Droite</u>
Abaisseurs bras (kg) . . . . .	
Extenseurs coude (kg) . . . . .	
Préhension globale (kg) . . . . .	
<b>Diagnostic kinésithérapique . . . . .</b>	

**TROUBLES FONCTIONNELS MEMBRES INFERIEURS**

<b>Déplacements en fauteuil roulant</b>	
Type de fauteuil . . . . .	Propulsion manuelle
	Propulsion électrique
	à commande manuelle
	à commande au menton
	à commande vocale
Maîtrise du fauteuil roulant . . . . .	Aucune   En terrain plat   Equilibre sur 2 roues dos au mur
	Equilibre sur 2 roues   Déplacement sur 2 roues

**VIE QUOTIDIENNE**

<b>Indice de BARTHEL . . . . .</b>	
<b>Autonomie en fauteuil roulant . . . . .</b>	Aucune   Terrain plat seulement   Tout terrain   Plan incliné
	Franchissement trottoir   Usage escalator

**TRAITEMENTS**

<b>Douleur</b>	
Electrothérapie antalgique . . . . .	Endomorphiniques   Laser   Laser + TENS   TENS
	TENS + Endomorphiniques
<b>Entretien mobilité articulaire . . . . .</b>	Mobilisation passive   Postures   Etirements musculaires
	Inhibition spasticité   Cryothérapie

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE**

**102**

**Tétraplégie**

**RUBRIQUES DE BILAN**

**VALEURS**

**Renforcement musculaire** .....

Ceinture scapulaire | Membres supérieurs | Grand dorsal  
 Erecteurs rachis | Carré des lombes | Abdominaux | Membres inférieurs  
 Athlétisation muscles sous-lésionnels

**Apprentissage des transferts** .....

Apprentissage retournement | Verticalisation précoce  
 Passage lit - fauteuil | Station assise progressive  
 Rééducation de l'équilibre assis | Habillage

**Apprentissage déambulation** .....

Mise en place orthèses | Verticalisation avec aides  
 Marche demi-pendulaire | Marche pendulaire | Marche alternative  
 Fauteuil roulant

**Apprentissage autonomie** .....

Auto-surveillance complications cutanées | Education abdominale  
 Exercices de respiration forcée | Prévention cyphose  
 Rééducation miction