

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE**

**502**

**Joker simplifié**

**RUBRIQUES DE BILAN**

**VALEURS**

**DOULEURS**

**Localisation et déclenchement douleurs . . . . .**

Rachis

Rachis cervical

spontanément

au mouvement

Rachis dorso-lombaire

au mouvement

spontanément

Tronc

Intra-abdominale

spontanément

au mouvement

à la toux

à l'effort

Intra-thoracique

spontanément

au mouvement

à la toux

à l'effort

Membre supérieur

Epaule

gauche

droite

spontanément

au mouvement

Coude

gauche

droit

spontanément

au mouvement

Main

gauche

droite

spontanément

au mouvement

Moignon membre supérieur gauche

Moignon membre supérieur droit

Membre inférieur

Hanche

gauche

droite

spontanément

au mouvement

à l'appui

Genou

gauche

droit

spontanément

au mouvement

à l'appui

Pied

gauche

droit

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** 502

**Joker simplifié**

**RUBRIQUES DE BILAN**

**VALEURS**

spontanément
au mouvement
à l'appui
Moignon membre inférieur gauche
Moignon membre inférieur droit
Points d'appui
Dos
Sacrum
Talon droit
Talon gauche

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

**Observations (douleurs)** .....

**Diagnostic kinésithérapique** .....

**DEFICITS STRUCTURELS**

**Observations (tr. structurels)** .....

**Diagnostic kinésithérapique** .....

**TROUBLES DE LA MOBILITE MEMBRES SUPERIEURS**

<b>Mobilité épaule</b>	<u>Gauche/Actif</u>	<u>Gauche/Passif</u>	<u>Droite/Actif</u>	<u>Droite/Passif</u>
Flexion (norme 170/200) .....				
Extension (norme 40/60) .....				
Abduction (norme 170/200) .....				
Adduction (norme 30/45) .....				
Rotation externe 1 (norme 70/85) .....				
Rotation externe 2 (norme 80/110) .....				
Rotation externe 3 (norme 80/100) .....				
Rotation interne (norme 90/110) .....				
Abduction horizontale (norme 20/40) .....				
Adduction horizontale (norme 120/150) .....				

<b>Mobilité coude</b>	<u>Gauche/Actif</u>	<u>Gauche/Passif</u>	<u>Droite/Actif</u>	<u>Droite/Passif</u>
Flexion (norme 140/160) .....				
Extension (norme -10/15) .....				
Pronation (norme 80/90) .....				
Supination (norme 85/95) .....				

<b>Mobilité poignet</b>	<u>Gauche/Actif</u>	<u>Gauche/Passif</u>	<u>Droite/Actif</u>	<u>Droite/Passif</u>
Flexion (norme 80/100) .....				
Extension (norme 80/100) .....				
Inclinaison radiale (norme 15/25) .....				
Inclinaison cubitale (norme 40/50) .....				
Pronation (norme 80/90) .....				
Supination (norme 85/95) .....				

**Diagnostic kinésithérapique** .....

**TROUBLES DE LA MOBILITE MEMBRES INFERIEURS**

<b>Mobilité hanche</b>	<u>Gauche/Actif</u>	<u>Gauche/Passif</u>	<u>Droite/Actif</u>	<u>Droite/Passif</u>
Flexion (genou libre) (norme 110/140) .....				
Extension (genou libre) (norme 0/20) .....				
Abduction (norme 35/45) .....				
Adduction (norme 30/40) .....				
Rotation externe (norme 35/50) .....				
Rotation interne (norme 35/50) .....				

<b>Mobilité genou</b>	<u>Gauche/Actif</u>	<u>Gauche/Passif</u>	<u>Droite/Actif</u>	<u>Droite/Passif</u>
Flexion (norme 130/150) .....				

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** 502

**Joker simplifié**

**RUBRIQUES DE BILAN**

**VALEURS**

Extension (norme -10/10) . . . . .

Rotation externe à 90° de flexion (norme 30/50) . . . . .

Rotation interne à 90° de flexion (norme 30/50) . . . . .

**Mobilité tibio-tarsienne - pied**

Gauche/Actif    Gauche/Passif    Droite/Actif    Droite/Passif

Flexion TT genou fléchi (norme 20/40) . . . . .

Flexion TT genou tendu (norme 5/25) . . . . .

Extension TT (norme 40/60) . . . . .

Inversion (norme 20/40) . . . . .

Eversion (norme 20/40) . . . . .

**Diagnostic kinésithérapique** . . . . .

**DEFICITS FONCTIONNELS**

**Observations (tr. fonctionnels)** . . . . .

Troubles respiratoires  
 encombrement  
 dyspnée  
 Troubles coordination motrice

**Diagnostic kinésithérapique** . . . . .

**VIE QUOTIDIENNE**

**Activité la plus gênée (vie quotidienne ou prof.)** . . . . .

**Vie courante**

Travail . . . . . Arrêt de travail | Facile | Difficile | Impossible | Sans emploi | Ret  
 Reprise du travail | Conges

Occupations . . . . . Non perturbées | Légèrement perturbées | Moyennement perturbées

Très perturbées | Impossibles

Vie sociale . . . . . Normale | Légèrement perturbée | Moyennement perturbée

Très perturbée | Impossible

**Observations (vie quotidienne)** . . . . .

**Diagnostic kinésithérapique** . . . . .

**TRAITEMENTS**

**Douleur**

Cryothérapie . . . . . Cold Pack et onde de choc | Cold pack | Entourage de glace pilée fondante  
 Massage avec glace

Cryothérapie très basse température . . . . . Gazeuse | Hyperbare Gazeuse

Electrothérapie antalgique . . . . . Endomorphiniques | Laser | Laser + TENS | TENS

TENS + Endomorphiniques

Ionophorèse (selon prescription) . . . . . Acide acétique 2% (-) | Anti-inflammatoires non stéroïdiens (-)

Anti-inflammatoires stéroïdiens (-) | Chlorure de calcium 1% (+)

Citrate de potassium 2% (-) | Iodure de potassium 1% (-)

Salicylate de sodium 1% (-) | Sulfate de cuivre 2% (-)

Sulfate de magnésium 25% (+)

Massage . . . . . Circulatoire | De Knap | Decontractant | Du périoste de Vogler  
 Myorelaxant | Ponctural | Transversal profond (MTP Cyriax)

**Troubles de la sensibilité**

Hyperesthésie . . . . . Habituation par stimuli croissants dans l'eau  
 Habituation par stimuli croissants à sec | Massage à billes (main) | TENS

Hypoesthésie . . . . . Apprentissage des compensations sensitives

Education au contrôle de la vue | Massage à billes (main)

Stimulation de la discrimination | Stimulation gnosique

Stimulation progressive de la perception | Stimulation proprioceptive en actif

Stimulation proprioceptive en passif

**Raideur extra-articulaire** . . . . .

Contracté-relâché | Etirements myo-aponévrotiques  
 Etirement des brides rétractiles | Mobilisation active des hypoextensibles

**Raideur articulaire**

Physiothérapie . . . . . Laser | Ultrasons continus

Bilan numéro :

Date :

Séances effectuées :

**PATIENT**

**PRATICIEN**

Nom / Prénom

Numéro assuré

**FICHE** **502**

**Joker simplifié**

RUBRIQUES DE BILAN	VALEURS
	Ultrasons fibrolytiques sur rétractions ailerons   Ultrasons pulsés
Thermothérapie . . . . .	Compresse chaude   Infra-rouge   Parafango
Massage - Mobilisation . . . . .	Mobilisation analytique de toutes les articulations
	Apprentissage automobilisation   Postures   Apprentissage autopostures
<b>Troubles moteurs</b>	
Courant excito-moteurs . . . . .	Muscles totalement dénervés
	Longues impulsions rectangulaires
	Muscles partiellement dénervés
	Longues impulsions triangulaires
Travail musculaire . . . . .	Progressif sans fatigue   Plateau canadien
	Récupération force et endurance   Stimulation par irradiations (Kabat)
	Techniques d'éveil musculaire
<b>Troubles fonctionnels</b>	
Réintégration fonctionnelle . . . . .	Travail coordination sensori-motrice   Exercices de précision
	Apprentissage des suppléances   Mise en place appareillage
<b>Rééducation proprioceptive</b> . . . . .	En décharge
	En charge sur plan stable
	En charge sur plan incliné
	En charge sur plan instable
	plateaux type FREEMAN
	balance pad
	mini trampoline
	marche-pied oscillant
	Myolux
<b>Prévention - Conseils</b> . . . . .	Aménagement cadre de vie   Education entourage   Hygiène de vie
	Programme d'exercices d'auto-entretien des acquis
<b>COMMENTAIRES</b>	
Commentaires . . . . .	