



CHU SAINTE-JUSTINE

**PHYSIOTHÉRAPIE  
ÉVALUATION RETOUR AUX SPORTS – MEMBRE INFÉRIEUR**

Nom, Prénom : _____		# dossier : _____	
<b>DIAGNOSTIC</b>			
<b>MÉDECIN RÉFÉRENT</b>			
<b>DATE CHIRURGIE</b>			

EXAMEN SUBJECTIF	
<b>Douleur</b>	_____ _____
<b>Autre symptôme(s) (ex : blocage, instabilité, etc.)</b>	_____ _____
<b>Niveau de fonction</b>	_____ _____

EXAMEN OBJECTIF									
<b>Observation générale</b>	_____ _____								
<b>Squat unipodal</b>	<table border="1"><tr><td><b>Droite</b></td><td>Cote valgus physiologique : 0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><b>Gauche</b></td><td>Cote valgus physiologique : 0 <input type="checkbox"/></td><td>1 <input type="checkbox"/></td><td>2 <input type="checkbox"/></td></tr></table>	<b>Droite</b>	Cote valgus physiologique : 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<b>Gauche</b>	Cote valgus physiologique : 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	<b>Droite</b>	Cote valgus physiologique : 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>					
<b>Gauche</b>	Cote valgus physiologique : 0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>						
	_____ _____								

Initiaux : \_\_\_\_\_

<b>Mobilité du genou</b>	<b>Mouvement</b>	<b>AA MIG</b>	<b>Dir</b>	<b>AA MID</b>	<b>Dir</b>		
	Flexion						
	Extension						
	Commentaires : _____ _____						
<b>Force musculaire au genou</b>	<b>Test isocinétique</b>	<b>Ext D</b>	<b>Ext G</b>	<b>%</b>	<b>Flex D</b>	<b>Flex G</b>	<b>%</b>
	60°/ sec						
	180°/sec						
	Commentaires : _____ _____						

**Tests de sauts**

	<b>G (cm)</b>	<b>D (cm)</b>	<b>Δ (cm / %)</b>	<b>Appréhension</b>	<b>Valgus physiologique</b>
<b>Single hop</b>					0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
<b>Triple hop</b>					
<b>3 cross over</b>					
<b>Drop test</b>	_____ _____ _____				

# PHYSIO

CHU SAINTE-JUSTINE

## Proprioception

Y test					Biodex	
Longueur MI'S : D= _____ cm G= _____ cm						
	Ant	Post-lat	Post-méd	$\Sigma$ /3/MI	Global	Score
G					D	
D					G	
$\Delta$						

## ANALYSE

---

---

---

## PLAN D'INTERVENTION

<b>Retour aux sports</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Retour avec restrictions <input type="checkbox"/> _____ _____
<b>Suivi</b>	_____ _____

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_