



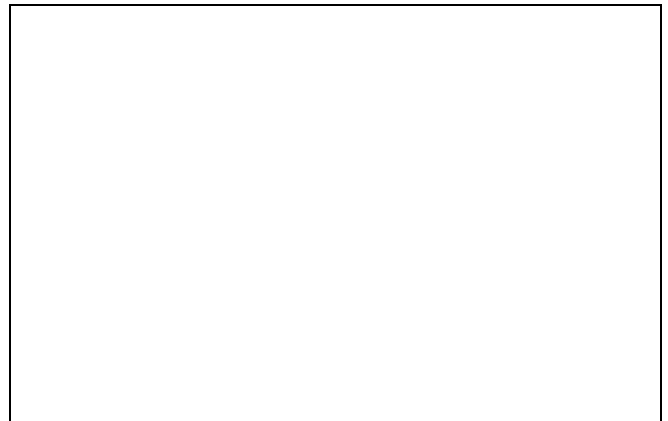
CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal



HSJ-0000



CLINIQUE DE DÉMARCHE - ÉVALUATION TRIAGE

Date et heure de l'évaluation		AAAA MM JJ HR MIN	Âge :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Médecin référant :			Raison de consultation :		
ATCD familiaux :					
ATCD de l'enfant :					
CA :					
AII :					
Grossesse et accouchement			Âge de la marche :		
G ____ P ____ A ____ - Semaines de gestations : ____			Habitudes posturales		
Présentation ► Céphalique <input type="checkbox"/> Siège <input type="checkbox"/> Épaule <input type="checkbox"/>			Assis :		
Apgar : ____ - ____ - ____			Sommeil :		
Complications : _____					
Histoire actuelle					
Plainte :					
Douleurs :					
Traitements à ce jour :					
Imagerie :					
Examen physique – Posture statique					
Genou		Pied		Bassin et lombaire :	
Alignement	N <input type="checkbox"/>	Alignement	N <input type="checkbox"/>		
Varus	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>	Arrière pied valgus	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>		
Valgus	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>	Arrière pied varus	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>		
Recurvatum	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>	Arche ↓	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>	Distance inter-malléolaire :	
Flexum	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>	Arche ↑	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>	Distance entre genoux :	
RI	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>	Devant pied add	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>	Angle tib-fémur : G = D =	
Orteils		Devant pied abd	G <input type="checkbox"/> > < = D <input type="checkbox"/>		
Observation de la marche					
Angle de progression du pied		Talons	FP	Boiterie	Tredelenbourg
Gauche : _____°		Réussi <input type="checkbox"/>	Réussi <input type="checkbox"/>	Droite <input type="checkbox"/>	Droite Gauche Absent
Droite : _____°		Échec <input type="checkbox"/>	Échec <input type="checkbox"/>	Gauche <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Équivoque <input type="checkbox"/>	Équivoque <input type="checkbox"/>	Absente <input type="checkbox"/>	Raccourcissement <input type="checkbox"/>
					Antalgique <input type="checkbox"/>
					Initiales

Nom, prénom: _____

Dossier: _____

Examen neurologique																
Clonus		Babinski		Réflex achilléens				Réflexes rotuliens				Spasticité				
Présent <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Positif <input type="checkbox"/>	Négatif <input type="checkbox"/>	Symétrique <input type="checkbox"/>	Asymétrique <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Vif <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Symétrique <input type="checkbox"/>	Asymétrique <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>	Vif <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>			
Bilan rotationnel						Test fonctionnels										
<i>P=partiel T=totale N=nulle</i>						Droite		Gauche		Squat bipodal :		Score Beigton : /9				
RE hanche						_____		_____		Squat unipodal :		Gowers :				
RI hanches						_____		_____		Duck walk :		Souplesse musculaire :				
Angles pied-cuisse (TT)						_____		_____		Équilibre unipodal :						
Alignement avant pied						_____		_____								
Réductivité si ø normal						P <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>		P <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>								
Bilans articulaire ▶			Cheville				Genou		Hanche							
Goniomètre oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			<i>Inv</i>	<i>Év</i>	<i>FD</i>	<i>FP</i>	<i>Flex</i>	<i>Ext</i>	<i>Flex</i>	<i>Abd/ad</i>	<i>Ext</i>	<i>RE</i>	<i>RI</i>			
ROM	Gauche															
	Droite															
FM	Gauche															
	Droite															
Impression clinique																
<input type="checkbox"/> ↑antéversion fémorale <input type="checkbox"/> TT externe <input type="checkbox"/> Métatarsus adductus <input type="checkbox"/> Hallux valgus <input type="checkbox"/> Toe walker idiopathique <input type="checkbox"/> Rétroversion fémorale <input type="checkbox"/> TT interne <input type="checkbox"/> Pieds plats <input type="checkbox"/> Chevauchements orteils <input type="checkbox"/> Genoux valgus physiologique <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Genoux varus physiologique																
Intervention / Plan de traitement																
<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Physiothérapie <input type="checkbox"/> Barres de dérotation <input type="checkbox"/> Orthèses plantaires <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Plâtre						Conseils :										
Suivi																
<input type="checkbox"/> Révoir dans :																
<input type="checkbox"/> Congé																
Date			AAAA	MM	JJ	Signature :										