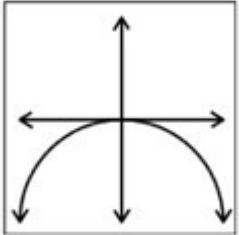
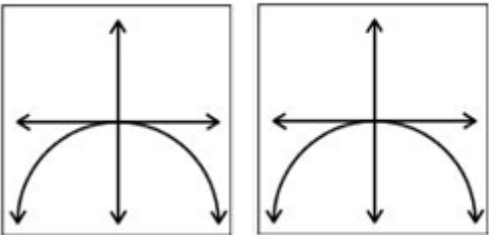


Fiche d'examen

1. Sexe <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille		Âge	Taille (cm)	Poids (kg)	
2. Analyse de la démarche	Boiterie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Position du genou <input type="checkbox"/> ok <input type="checkbox"/> Varus <input type="checkbox"/> Valgus	Pieds tournés vers l'intérieur/extérieur <input type="checkbox"/> Normal (tournés vers l'extérieur jusqu'à 15°) <input type="checkbox"/> Oui, tournés vers l'intérieur <input type="checkbox"/> Oui, tournés vers l'extérieur	Position des pieds <input type="checkbox"/> ok <input type="checkbox"/> Valgus <input type="checkbox"/> Plat	
3. Examen position debout de devant/derrière	Surélévation de l'épaule <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, à gauche <input type="checkbox"/> Oui, à droite	Surélévation du bassin <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, à gauche <input type="checkbox"/> Oui, à droite	Attitude scoliotique Rachis dorsal: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, convexité gauche <input type="checkbox"/> Oui, convexité droite Rachis lombaire: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, convexité gauche <input type="checkbox"/> Oui, convexité droite		
4. Examen latéral position debout	Fil à plomb: Est-ce que l'oreille (conduit auditif), l'épaule (acromion), le Trochanter maior sont d'aplomb avec le Malleolus lateralis?				
	Trochanter maior	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> écart ventral du fil à plomb	<input type="checkbox"/> écart dorsal du fil à plomb	
	Oreille/conduit auditif	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> écart ventral du fil à plomb	<input type="checkbox"/> écart dorsal du fil à plomb	
	Acromion	<input type="checkbox"/> ok	<input type="checkbox"/> écart ventral du fil à plomb	<input type="checkbox"/> écart dorsal du fil à plomb	
	Rachis dorsal:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Dos plat	<input type="checkbox"/> Hypercyphose	
	Rachis lombaire:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Hyperlordose	<input type="checkbox"/> Hypolordose	
5. Forward bending / dépistage des scolioses en se penchant en avant	Présence de gibbosité: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, à gauche <input type="checkbox"/> Oui, à droite Si vous avez un scoliomètre: degré: _____				
6. Coordination/ position sur une jambe	Main dominante (= main utilisée par l'enfant pour écrire) <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite		Jambe dominante (= jambe utilisée spontanément par l'enfant pour taper dans une balle) <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite		
	Meilleure tentative:	Yeux ouverts:	Yeux fermés:		
	Jambe dominante	sec (max. 30 sec)	sec (max. 30 sec)		
	Jambe non dominante	sec (max. 30 sec)	sec (max. 30 sec)		
7. Mobilité de la colonne vertébrale	En position debout: LWS Rachis lombaire 		En position assise: BWS HWS Rachis dorsal/cervical 		
	Croix=restriction croix à l'extérieur: légère (1/3), croix au milieu: moyenne (2/3), croix à l'intérieur: forte (3/3); Cercle=douleurs, sans quantification				
8. Longueurs musculaires	Hamstrings/ischio-jambiers: Monter la jambe tendue activement (pied en flexion plantaire, genou en extension complète) Gauche: <input type="checkbox"/> <60 degrés <input type="checkbox"/> 60-90 degrés <input type="checkbox"/> >90 degrés Droite: <input type="checkbox"/> <60 degrés <input type="checkbox"/> 60-90 degrés <input type="checkbox"/> >90 degrés Si vous avez un goniomètre: Gauche: _____ degrés Droite: _____ degrés				
9. Mobilité de la hanche	Position dorsale: Flexion: <input type="checkbox"/> ≥110 degrés bilatéral <input type="checkbox"/> <110 degrés bilatéral <input type="checkbox"/> <110 degrés unilatéral Douleurs: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, bilatérales <input type="checkbox"/> Oui, unilatérales Dépistage du conflit: <input type="checkbox"/> Douleurs bilatérales <input type="checkbox"/> Douleurs à gauche <input type="checkbox"/> Douleurs à droite <input type="checkbox"/> Aucune douleur				
	Position ventrale: Rotations <input type="checkbox"/> Rotation intérieure = rotation extérieure bilatérale <input type="checkbox"/> Rotation intérieure >> rotation extérieure unilatérale <input type="checkbox"/> rotation intérieure >> rotation extérieure bilatérale Douleurs: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, en rotation intérieure <input type="checkbox"/> Oui, en rotation extérieure				
10. Palpation	Rachis lombaire <input type="checkbox"/> Mobilité ok <input type="checkbox"/> Hypomobile <input type="checkbox"/> Hypermobile		<input type="checkbox"/> Aucune douleur <input type="checkbox"/> Douleurs		
	Rachis dorsal <input type="checkbox"/> Mobilité ok <input type="checkbox"/> Hypomobile <input type="checkbox"/> Hypermobile		<input type="checkbox"/> Aucune douleur <input type="checkbox"/> Douleurs		
	Rachis cervical <input type="checkbox"/> Mobilité ok <input type="checkbox"/> Hypomobile <input type="checkbox"/> Hypermobile		<input type="checkbox"/> Aucune douleur <input type="checkbox"/> Douleurs		
11. Endurance des muscles du tronc	Planche: _____ sec (max. 180 sec)				

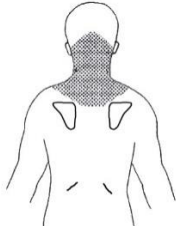


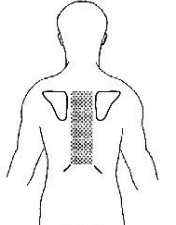


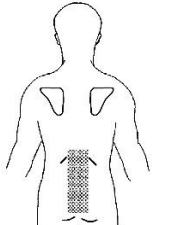


Recommandation:

- Pas d'autres investigations/ traitements nécessaires
- Examen spécifique: nuque milieu du dos bas du dos
- Examen spécifique: _____
- Plus d'activité physique

Questionnaire

Réponds à chacune des questions en **ne mettant qu'une seule croix** (sauf la question 5, où plusieurs réponses sont possibles). S'il n'y a aucune réponse qui correspond entièrement, coche celle qui se rapproche le plus de ce que tu ressens.

Pour les filles: Par la suite, nous recherchons uniquement les douleurs dans le dos qui n'apparaissent pas dans le contexte de tes règles (menstruation)
Âge (ans): _____ **Sexe:** Garçon Filles Divers

1. Nuque Cette image montre la nuque:  Personne vue de dos	1a. Est-ce que tu as déjà eu mal à la nuque?	<input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre <input type="checkbox"/> Oui, souvent	Les visages suivants montrent à quel point quelque chose peut faire mal. Cela va de 'aucune douleur' à 'douleurs très fortes'. Mets une croix (X) sur le visage qui montre à quel point tes douleurs à la nuque t'ont fait mal quand elles étaient au plus fort. aucune douleur douleurs très fortes 
	1b. Est-ce que tu as eu mal à la nuque au cours de la semaine dernière?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre (plusieurs fois par semaine) <input type="checkbox"/> Oui, tous les jours	Mets une croix (X) sur le visage qui montre à quel point tes douleurs à la nuque t'ont fait mal quand elles étaient au plus fort la semaine dernière. aucune douleur douleurs très fortes 
2. Milieu du dos Cette image montre le milieu du dos:  Personne vue de dos	2a. Est-ce que tu as déjà eu mal au milieu du dos?	<input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre <input type="checkbox"/> Oui, souvent	Mets une croix (X) sur le visage qui montre à quel point tes douleurs au milieu du dos t'ont fait mal quand elles étaient au plus fort. aucune douleur douleurs très fortes 
	2b. Est-ce que tu as eu mal au milieu du dos au cours de la semaine dernière?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre (plusieurs fois par semaine) <input type="checkbox"/> Oui, tous les jours	Mets une croix (X) sur le visage qui montre à quel point tes douleurs au milieu du dos t'ont fait mal quand elles étaient au plus fort la semaine dernière. aucune douleur douleurs très fortes 
3. Bas du dos Cette image montre le bas du dos:  Personne vue de dos	3a. Est-ce que tu as déjà eu mal au bas du dos?	<input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre <input type="checkbox"/> Oui, souvent	Mets une croix (X) sur le visage qui montre à quel point tes douleurs au bas du dos t'ont fait mal quand elles étaient au plus fort. aucune douleur douleurs très fortes 
	3b. Est-ce que tu as eu mal au bas du dos au cours de la semaine dernière?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre (plusieurs fois par semaine) <input type="checkbox"/> Oui, tous les jours	Mets une croix (X) sur le visage qui montre à quel point tes douleurs au bas du dos t'ont fait mal quand elles étaient au plus fort la semaine dernière. aucune douleur douleurs très fortes 
4. École, sport, traitement	Est-ce que tu es déjà resté à la maison à cause de douleurs à la nuque ou au dos et tu as manqué l'école? <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre <input type="checkbox"/> Oui, souvent Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de ne pas pouvoir faire du sport à cause de douleurs à la nuque ou au dos? <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre <input type="checkbox"/> Oui, souvent Es-tu déjà allé chez le médecin, chiropracteur ou physiothérapeute à cause de douleurs à la nuque ou au dos? <input type="checkbox"/> Non, jamais <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre <input type="checkbox"/> Oui, souvent		
5. Autres douleurs (plusieurs réponses possibles)	Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as eu mal dans les régions suivantes de ton corps? <input type="checkbox"/> Non, aucune douleur <input type="checkbox"/> Oui, mal à la tête <input type="checkbox"/> Oui, mal au ventre (en dehors des règles douloureuses) <input type="checkbox"/> Oui, mal au bras (épaule, coude, main) <input type="checkbox"/> Oui, mal à la jambe (cuisse, genou, pied/cheville) <input type="checkbox"/> Oui, douleurs à un autre endroit: _____ (indique l'endroit où tu as eu mal)		
6. Sommeil	Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as eu du mal à t'endormir ou est-ce que tu t'es souvent réveillé la nuit? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre (plusieurs fois par semaine) <input type="checkbox"/> Oui, chaque nuit Au cours de la semaine dernière, est-ce que tu as eu envie de dormir dans la journée? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, une fois ou deux <input type="checkbox"/> Oui, de temps à autre (plusieurs fois par semaine) <input type="checkbox"/> Oui, tous les jours		
7. État de santé général	Que dirais-tu de ton état de santé en général? <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Moins bon <input type="checkbox"/> Mauvais Est-ce que tu penses que ta santé serait meilleure sans les douleurs du dos ou de la nuque? <input type="checkbox"/> Non, parce que je n'ai pas mal au dos/à la nuque <input type="checkbox"/> Non, le mal au dos/à la nuque n'a pas d'influence sur ma santé <input type="checkbox"/> Oui, sans le mal au dos/à la nuque, ma santé serait nettement meilleure <input type="checkbox"/> Oui, sans le mal du dos/à la nuque, ma santé serait un peu meilleure		