Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

MOCLI60100

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

Installation : _____

ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE EN PHYSIOTHÉRAPIE – CLIENTÈLE PTG-PTH

Protocole : ☐ PTG ☐ PUG ☐ PTH ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Bilatérale

Date prévue de la chirurgie : _____ Chirurgien : _____
AAAA/MM/JJ

ANAMNÈSE

Histoire de cas / Histoire sociale : _____

Antécédents médicaux / Conditions associées : _____

Environnement physique : _____

ÉVALUATION SUBJECTIVE

Douleur : ☐ Au repos ☐ À l'activité ☐ Constante ☐ Intermittente Intensité ____ /10
Site : _____ Type : _____
Autre(s) plainte(s) _____
Objectifs de l'usager : _____

ÉVALUATION OBJECTIVE

Observations : ☐ Flexum : ____ degrés ☐ Déformation : _____
☐ Œdème / atrophie Site : _____

Bilan articulaire et musculaire :

Hanche	☐ D		☐ G		**Genou**	☐ D		☐ G		**Cheville**	☐ D		☐ G	
	AA (A/P)	FM	AA (A/P)	FM		AA (A/P)	FM	AA (A/P)	FM		AA (A/P)	FM	AA (A/P)	FM
Flex. (120)					Flex. (135)					FD (20)				
Abd. (30-50)					Ext. (0)					FP (50)				
Ext. (0-15)										Inv. (45-60)				
RE (40-60)										EV (15-30)				
RI (20-30)														
Mobilité de la rotule : ☐ **D** ☐ Normal ☐ ⇩ ☐ ⇧								☐ **G** : ☐ Normal ☐ ⇩ ☐ ⇧						
Recrutement quadriceps : ☐ **D** : ☐ Normal ☐ ⇩ ☐ Absent								☐ **G** : ☐ Normal ☐ ⇩ ☐ Absent						
Commentaires :														

Bilan circulatoire : _____ **Bilan neurologique :** _____

Capacités fonctionnelles :

Marche : ☐ Aucune aide technique ☐ Canne ☐ Marchette ☐ Fauteuil roulant ☐ Autre : _____
Déplacement : ☐ Indépendant Assistance : ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Importante
Équilibre : _____
Transferts : _____

Escaliers : ☐ Oui ☐ Non Nombre de marches intérieures : _____ Main courante : ☐ Oui ☐ Non
Nombre de marches extérieures : _____ Main courante : ☐ Oui ☐ Non

Endurance à l'effort: _____
Commentaires : _____

Nom, prénom : #Dossier :

ANALYSE

Les stratégies du client pour résoudre les problèmes rencontrés à cette évaluation sont-elles réalistes et sécuritaires? ☐ Oui ☐ Non

La salubrité et la sécurité du domicile permettent-elles le retour à domicile? ☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il des contraintes physiques ou sociales observées pouvant compromettre le retour à domicile post chirurgie? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez : _____

Commentaires : _____

INTERVENTIONS

Enseignement exercices préopératoires

	Expliqué
• Mouvement des chevilles	☐
• Triple Flex MI	☐
• Extension du genou – assis	☐
• Flexion du genou – assis	☐
• Quadriceps isométrique	☐
• Extension du genou avec rouleau	☐
• "Leg press" avec élastique	☐
• Abduction de la hanche Déc. Lat.	☐
• Extension de la hanche :	
○ Fessiers isométrique	☐
○ Pont	☐
○ Extension Déc. Ventral	☐

- Exercices de hanche debout :
  ☐ Flexion ☐ Extension
  ☐ Abduction ☐ Squat

Enseignement à la marche et aux transferts

	Expliqué	Pratiqué
• Aide à la marche	☐	☐
• Escaliers	☐	☐
• Seuil de porte	☐	☐
• Transfert coucher/assis	☐	☐
• Transfert assis/debout	☐	☐

Enseignement application de glace
☐ Expliqué ☐ Non-expliqué

Besoin en équipements pour le retour à domicile

Aides techniques à la marche

	Possède	Requis
• Marchette : ☐ Roues ☐ Jr ☐ Adulte	☐	☐
• Béquilles/hauteur : _____pouces	☐	☐
• Canne	☐	☐

Aides techniques dans la salle de bain

• Douche-téléphone	☐	☐
• Siège de toilette surélevé/type _____	☐	☐
• Appui-bras pour la toilette	☐	☐
• Chaise d'aisance	☐	☐
• Banc de transfert/ouverture ☐Oui ☐Non	☐	☐
• Planche de bain	☐	☐
• Chaise de bain	☐	☐
• Tabouret de douche	☐	☐
• Barre étau	☐	☐
• Tapis antidérapant	☐	☐

Aides techniques dans la chambre à coucher

• Hauteur du lit : _____pouces		
• Barre d'appui au lit	☐	☐
• Blocs pour le lit	☐	☐

Aides techniques pour soins d'hygiène et d'habillage

• Brosse à long manche	☐	☐
• Enfile bas	☐	☐
• Chausse-pied à long manche	☐	☐
• Pince à long manche	☐	☐

RECOMMANDATIONS

Environnement : _____

Aides techniques : _____

Autres: _____

Nom, prénom : #Dossier :

OBSERVATIONS SUITE À L'INTERVENTION

Commentaires : _____

Nom de l'intervenant en physiothérapie: _____ Date : _____
LETTRES MOULÉES AAAA/MM/JJ

Signature:_____N° de téléphone : _____poste_____
☐ Technologue en physiothérapie ☐ PHT

À acheminer par télécopieur à :

- ☐ **HAL :** Suivis systématiques en orthopédie au 450 699-2427
- ☐ **Suroît :** Bloc opératoire au 450 373-9239