



NOM du Patient, age :

Evaluation en Kinésithérapie d'un Patient atteint d AMS

Date Diagnostic:

Date:

Profession :

Antécédents :

Environnement :

ATTEINTE PARKINSONIENNE	OUI	NON	Cotation : 0 à 4 0 : pas de gêne 4 : extrêmement gêné
Tremblement			
Bradykinésie des mouvements volontaires			
Rigidité			

ATTEINTE CEREBELLEUSE	OUI	NON
Polygone élargi		
Ataxie des membres		
Ataxie à la marche, pas irréguliers		

STABILITE	OUI	NON
Présence des réactions parachute		
Tient debout seul(e) sans appui des MS		
Tient debout en fente avant	Yeux ouverts :	
	Yeux fermés :	
Tient debout en appui unipodal 10 secondes		
Chutes		
Si oui, précisez la fréquence et la situation		

ATTITUDE POSTURALE :

.....

.....

LIMITATIONS ARTICULAIRES (Rachis et membres : localisations).....

.....

.....

DYSAUTONOMIE (hypotension orthostatique, vertiges, troubles urinaires...)

.....

.....

AUTRES ATTEINTES	OUI	NON
Dysarthrie		
Troubles de la déglutition		
Difficulté à la toux volontaire		

TRANSFERTS		Sans aide	Avec aide (préciser)
	Se retourne dans le lit		
	Se lève du lit		
	S'assoit en sécurité		
	Se lève d'une chaise avec les bras croisés		
MARCHE			
	A l'intérieur		
	A l'extérieur		
Périmètre de marche et description :			

AUTONOMIE-AVQ	Sans aide	Avec aide (préciser)	Qui aide ? Ex : conjoint, IDE...
Escaliers			
Toilette			
Habillage			
Repas : manipulation des couverts			
Loisirs : Préciser			

REMARQUES

PRISE EN CHARGE EN KINESITHERAPIE

Nom du MK libéral + coordonnées :

Fréquence des séances :/semaine en cabinet au domicile en structure

<i>Décrite par le patient</i>	OUI	NON	<i>Décrite par le patient</i>	OUI	NON
Travail postural			Entretien des transferts et retournements		
Entretien articulaire			Apprentissages des relevés du sol		
Entretien musculaire			Entretien de la marche		
Entretien de l'équilibre			Entretien respiratoire		

DEMANDE PARTICULIERE DU PATIENT

PROJET DE REEDUCATION