

# EXAMEN BIOMÉCANIQUE PODIATRIQUE



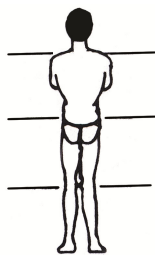


Clinique Podiatrique de l'Estrie | 1135, Boul. Jacques-Cartier Nord, Sherbrooke, Québec, J1J 3A8 | 819.820.1157

Patrice Roy, D.P.M. | Permis 90-001  Philippe Deschesnes, D.P.M. | Permis 08-008

Nom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ No de Prescription : \_\_\_\_\_  
 Poids : \_\_\_\_\_ Grandeur : \_\_\_\_\_ Chaussures/Pointure : \_\_\_\_\_ Usure : \_\_\_\_\_  
 Type : \_\_\_\_\_  
 Plainte principale : \_\_\_\_\_

G MOTIFS DE LA CONSULTATION				D			
Px %	P			P	Px %		
_____	<input type="checkbox"/>	<b>T M C D</b>		<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	<b>L S I</b>		<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	Ant Post L	<b>HANCHE</b>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	Ant Post L M	<b>CUISSE</b>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	Pat Post L M	<b>GENOU</b>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	Ant Post L	<b>JAMBE</b>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	Ant Post L M	<b>CHEVILLE</b>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	Post L M Plant	<b>TALON</b>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	Prox Cent Dist L M	<b>ARCHE</b>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	Prox Dist L M P D	<b>TARSE</b>	<input type="checkbox"/>	_____		
_____	<input type="checkbox"/>	5 · 4 · 3 · 2 · 1	<b>MET</b>	<input type="checkbox"/>	_____		

Considération spéciale \_\_\_\_\_

G STATIQUE DEBOUT		D	
			
PNC _____	PRC _____	ILLIAQUE EIPS SACRUM ASYMÉTRIE MUSC.	PRC _____ PNC _____

G POSITION STATIQUE				D			
Valgus _____°	N	Varus _____°	I	<b>PSUP</b>	Valgus _____°	N	Varus _____°
r img tb mtj k hav				<b>PDFG</b>	r img tb mtj k hav		
Valgus _____°	N	Varus _____°	Ha Hb Pp	<b>PRC</b>	Valgus _____°	N	Varus _____°
- 0 +				<b>IMR</b>	- 0 +		
HR 10 20 30 45 65				<b>EHPRC</b>	HR 10 20 30 45 65		
HR 10 20 30 45 65				<b>EHPNC</b>	HR 10 20 30 45 65		
_____°				<b>TIBIA</b>	_____°		
Valgus _____°	Varus _____°	Rec _____°	Fl _____°	<b>GENOUX</b>	Valgus _____°	Varus _____°	Rec _____°
Avec Charge	Sans Charge				Sans Charge	Avec Charge	
5 4 3 2 1 / 5 4 3 2 1				<b>ARCHE</b>	1 2 3 4 5 / 1 2 3 4 5		
Valgus _____°	N	Varus _____°		<b>POSITION PHYSIOLOGIQUE</b>	Valgus _____°	N	Varus _____°

G DÉCUBITUS		D	
_____°		<b>ALLIS</b>	_____°
RFE _____°	RFI _____°		RFE _____°
N		<b>HANCHE</b>	N
TFE _____°	TFI _____°		TFE _____°
N P _____°		<b>TORSION MALLÉOLAIRE</b>	N P _____°
_____ ↓ N ↑		<b>MOBILITÉ STJ</b>	_____ ↓ N ↑
LMTJ	OMTJ		LMTJ
↓ N ↑	↓ N ↑	<b>MEDIOTARSE</b>	↓ N ↑
N R SR Flex P		<b>MET.ADDUCTUS</b>	N R SR Flex P
P N D M		<b>POSITION 1er MET.</b>	P N D M
N HAV stade _____°	HL _____°	<b>HALLUX</b>	N HAV stade _____°
N + ++		<b>QUINTUS VARUS</b>	N + ++
N 5 4 3 2 R F SF		<b>ORTEILS</b>	N 5 4 3 2 R F SF
N ↓	N ↓	<b>TISSUS ADIPEUX</b>	N ↓
ARP	AVP		AVP
N O G GS PE _____		<b>ÉQUIN</b>	N O G GS PE _____
Val N 2-5Vr	Var Sup	<b>ARP / AVP</b>	Val N 2-5Vr

G PHASES DE LA DÉMARCHÉ		D		NOTES	
N <input type="checkbox"/>	inversé - éversion - inversion	<input type="checkbox"/>	N		
<input type="checkbox"/>	éversé - éversion - éversion	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	inversé - éversion - éversion	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	inversé - inversion - éversion	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	inversé - inversion - inversion	<input type="checkbox"/>			
N ↓ ↓ ↓	<b>Abs. Choc</b>	N ↓ ↓ ↓			
N + ++	<b>Abd. Twist</b>	N + ++			
N + ++	<b>Équin</b>	N + ++			
abd n add	<b>Angle/marche</b>	add n abd			

DIAGNOSTIQUE : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_