

# Outil de production de rapports

Association  
chiropratique  
canadienne



Canadian  
Chiropractic  
Association

Date de la visite : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Nom de famille :             | <b>Raison du rapport :</b><br>Visite initiale<br>Visite de suivi<br>Congé<br>Autre |
| Prénom :                     |  |
| Date de naissance :          |  |
| Numéro d'assurance-maladie : |  |

Diagnostic/impression(s) clinique(s) :

## Constatations :

Antécédents médicaux :

### Colonne vertébrale (C /T /L )

|                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| Observations                  |  |  |
| Amplitude de mouvement        | <b>Passif</b>  | <b>Actif</b>   |
|                               | <input type="checkbox"/> Flexion<br><input type="checkbox"/> Extension<br><input type="checkbox"/> Flexion latérale à droite<br><input type="checkbox"/> Flexion latérale à gauche<br><input type="checkbox"/> Rotation à droite<br><input type="checkbox"/> Rotation à gauche | <input type="checkbox"/> Flexion<br><input type="checkbox"/> Extension<br><input type="checkbox"/> Flexion latérale à droite<br><input type="checkbox"/> Flexion latérale à gauche<br><input type="checkbox"/> Rotation à droite<br><input type="checkbox"/> Rotation à gauche |
| Examens orthopédiques         |  |  |
| Autres constatations connexes |  |  |

### Aspects neurologiques

|                |          |          |
|----------------|----------|----------|
| a. Sensibilité | Droite : | Gauche : |
| b. Motricité   | Droite : | Gauche : |
| c. Réflexes    | Droite : | Gauche : |
| d. Autre       |          |          |

### Mesures d'évaluation des résultats

|   | État normal | Suivi |
|---|-------------|-------|
| Douleur   | /10         | /10   |
|   | État normal | Suivi |
| Function - Activité :<br>Activité :<br>Activité : |             |       |
|   | État normal | Suivi |
| Invalidité - Activité :                           |             |       |

### Plan de traitement

|   | Oui (clarifiez) | Non |
|---|-----------------|-----|
| Manipulation/mobilisation des articulations       |                 |     |
| Thérapie des tissus mous                          |                 |     |
| Exercices progressifs                             |                 |     |
| Information sur la douleur, conseils et réconfort |                 |     |
| Autres modalités                                  |                 |     |
| Durée, fréquence et réévaluation                  |                 |     |
| Objectifs thérapeutiques                          |                 |     |
| Pronostic   |                 |     |

### Recommandations et demandes :

Imagerie diagnostique : \_\_\_\_\_

Tests : \_\_\_\_\_

Recommandation : \_\_\_\_\_

Statut d'emploi : \_\_\_\_\_

Clinicien :

Date du rapport : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Date de réévaluation : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

