

## BILAN DIAGNOSTIC KINESITHERAPIE (BDK)

**PATIENT :**

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

**PRESCRIPTEUR :**

Nom :
Prénom :
Date de prescription :

### BILAN DES DÉFICITS STRUCTURELS

✓ **Articulaires**

		Entrée		Sortie	
		Date:		Date:	
		Droite	Gauche	Droite	Gauche
<b>EPAULE</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Flexion				
	Extension				
	Abduction				
	Adduction				
	Rotation Interne				

<b>COUDES</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Flexion				
	Extension				
	Pronation				

<b>POIGNET</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Flexion dorsale				
	Flexion palmaire				
	Inclinaison ulnaire				

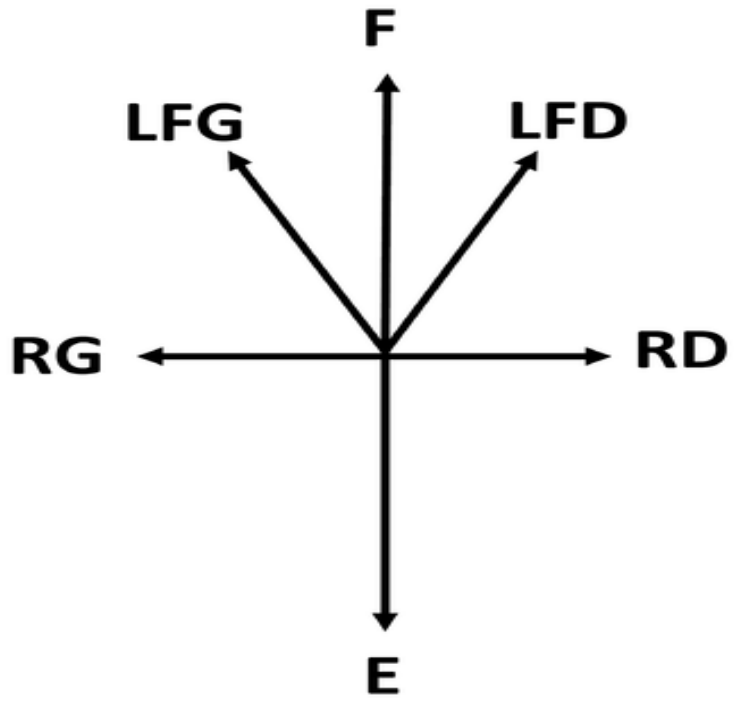
✓ **Articulaires**

		Entrée		Sortie	
		Droite	Gauche	Droite	Gauche
<b>DOIGTS</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Extension				
	Flexion				
<b>HANCHE</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Flexion				
	Extension				
	Abduction				
	Adduction				
	Rotation Interne				
	Rotation Externe				
<b>GENOU</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Flexion				
	Extension				
<b>CHEVILLE</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Flexion plantaire				
	Flexion dorsale GT				
	Flexion dorsale GF				
<b>PIED</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Eversion				
	Inversion				
<b>RACHIS</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	DDS				

✓ **Posture spontanée (cervicale, lombaire, dorsale)**

Commentaire :

✓ **Etoile de MAIGNE :**



- pour une raideur en fin de mouvement
- O pour un passage douloureux
- X pour une douleur en fin de mouvement

Commentaire :

✓ **Force musculaire/Commande musculaire**

HELD ET PIERROT DESEILLIGNY /5		Entrée		Sortie	
HANCHE	Groupe musculaire	Droite	Gauche	Droite	Gauche
	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Fléchisseurs				
	Extenseurs				
	Abducteurs				
	Adducteurs				
	Rotateurs latéraux				
	Rotateurs médiaux				

GENOU	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Fléchisseurs				
	Extenseurs				

CHEVILLE	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Fléchisseurs plantaires				
	Fléchisseurs dorsaux				

✓ **Douleur**

	Entrée	Sortie
Localisation		
Type		
Intensité (EVA)		
Temporalité		
Fréquence		

Commentaire :

✓ <b>Cutané trophique vasculaire</b>	Entrée	Sortie
<input type="checkbox"/> Non concerné		
Cutané		
Trophique		
Vasculaire		

Commentaire :

**BILAN DES DÉFICITS FONCTIONNELS**

TRANSFERTS	Entrée	Sortie
<input type="checkbox"/> Non concerné		
Retournements		
DD-assis		
Assis-DD		
Assis-Assis		
Assis-Debout		
Relevé du sol		

Analyse visuelle de la marche	Entrée	Sortie
<input type="checkbox"/> Non concerné		
Boiterie		
Périmètre de marche		
Aides techniques		
Vitesse		
Endurance		
Relevé du sol		

	Entrée	Sortie
<input type="checkbox"/> Non concerné		
<b>Préhension</b>		

<b>EQUILIBRE</b>	Entrée	Sortie
<input type="checkbox"/> Non concerné		
EPA		
EPD		
Test unipodale		

Commentaire :

## BILAN DE LA SPASTICITE

ASHWORTH MODIFIE		Entrée		Sortie	
	Groupe musculaire	Droite	Gauche	Droite	Gauche
<b>HANCHE</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Fléchisseurs				
	Extenseurs				
	Abducteurs				
	Adducteurs				
	Rotateurs latéraux				
	Rotateurs médiaux				

<b>GENOU</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Fléchisseurs				
	Extenseurs				

<b>CHEVILLE</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Fléchisseurs plantaires				
	Fléchisseurs dorsaux				

<b>EPAULE</b>	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Fléchisseurs				
	Extenseurs				
	Abducteurs				
	Adducteurs				
	Rotateurs latéraux				
	Rotateurs médiaux				

## BILAN DE LA SPASTICITE

ASHWORTH MODIFIE		Entrée		Sortie		
COUDE	Groupe musculaire	Droite	Gauche	Droite	Gauche	
	<input type="checkbox"/> Non concerné					
	Fléchisseurs					
	Extenseurs					

POIGNET	<input type="checkbox"/> Non concerné				
	Fléchisseurs				
	Extenseurs				

Commentaires :

## BILAN RESPIRATOIRE

	Entrée	Sortie
<input type="checkbox"/> Non concerné		
Dyspnée		
Encombrement		
Toux		
Expectoration		
Ventilation		

Commentaires :



**DIAGNOSTIC MASSO- KINESITHERAPIQUE:**

Mme/ Mr ..... , âgée de ..... ans, est pris en charge

<b>OBJECTIFS:</b>	
<b>Patient</b>	
<b>MKDE</b>	

Autres problèmes généraux identifiés par le MK :

Date de première séance:

Commentaires :

Date :

Nom du masseur-kinésithérapeute et cachet :

Signature