

# FICHE DE SUIVI DE LA SCOLIOSE

Numéro de dossier :

Nom du patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Date de ménarche / mue de la voix / ménopause : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux : \_\_\_\_\_

Antécédents familiaux : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Douleur	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Localisation : _____	Localisation : _____	Localisation : _____
	Qualité : _____	Qualité : _____	Qualité : _____
	Fréquence : _____	Fréquence : _____	Fréquence : _____
	Agravation : _____	Agravation : _____	Agravation : _____
	Soulagement : _____	Soulagement : _____	Soulagement : _____
	Médicaments : _____	Médicaments : _____	Médicaments : _____

Signes vitaux	PA (mm Hg) G ___/___ D ___/___	PA (mm Hg) G ___/___ D ___/___	PA (mm Hg) G ___/___ D ___/___
	Pouls (batt./min): _____	Pouls (batt./min): _____	Pouls (batt./min): _____
	Spirométrie	Spirométrie	Spirométrie
	FEV : _____ FVC : _____	FEV : _____ FVC : _____	FEV : _____ FVC : _____
	Auscultation: _____	Auscultation: _____	Auscultation: _____

Observations

Examen postural 3D  
Palpation

Encerler avec une couleur différente à chaque visite.

G	D
C/S	
AT1	
AX2	
3	
4	
5	
6	
7	
T/S	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
L/S	
1	
2	
3	
4	
5	
S/I	

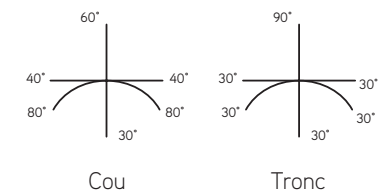
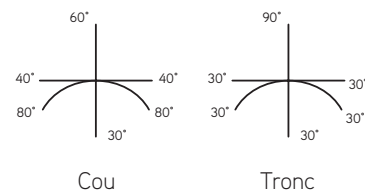
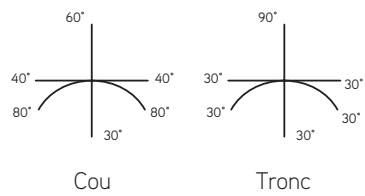
# FICHE DE SUIVI DE LA SCOLIOSE (suite)

Date	_____	_____	_____
Déjettement latéral (balance coronale)	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
Angle de taille ouvert	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Sym.	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Sym.	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Sym.
Déjettement AP (balance sagittale)	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	T1-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	T12-S1: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P	S1-Sol: _____ mm <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P
Omoplate proéminente	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite
Désorientation en 3D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scoliometre (Adam)	Apex	Apex	Apex
	ThH: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	ThH: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	ThH: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	ThB: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	ThB: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	ThB: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Lomb: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Lomb: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Lomb: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	S1: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	S1: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	S1: _____° _____ <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
Poids / répartition	_____ /G : _____ D : _____	_____ /G : _____ D : _____	_____ /G : _____ D : _____
Taille (debout/assise)	D : _____ cm A : _____ cm	D : _____ cm A : _____ cm	D : _____ cm A : _____ cm
Examen orthopédique	<b>Cervical-thoracique</b>	<b>Cervical-thoracique</b>	<b>Cervical-thoracique</b>
	Distraction <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Distraction <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Distraction <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Compression	Compression	Compression
	Flex <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Flex <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Flex <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Ext <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Ext <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Ext <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Flex lat <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Flex lat <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Flex lat <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Max <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Max <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Max <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	TTMS <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	TTMS <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	TTMS <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Def. Thor <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Def. Thor <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Def. Thor <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Jackson <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Jackson <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Jackson <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Spurling <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Spurling <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Spurling <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Soto-Hall <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Soto-Hall <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Soto-Hall <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Schepelmann <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Schepelmann <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Schepelmann <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Percussion <input type="checkbox"/>	Percussion <input type="checkbox"/>	Percussion <input type="checkbox"/>
	Comp. Cost. <input type="checkbox"/>	Comp. Cost. <input type="checkbox"/>	Comp. Cost. <input type="checkbox"/>
	<b>Lombaire</b>	<b>Lombaire</b>	<b>Lombaire</b>
	Schober <input type="checkbox"/>	Schober <input type="checkbox"/>	Schober <input type="checkbox"/>
	Trendeleburg <input type="checkbox"/>	Trendeleburg <input type="checkbox"/>	Trendeleburg <input type="checkbox"/>
	Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Kemps <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Comp. SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Comp. SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Comp. SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Ely <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Ely <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Ely <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Faber-P. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Faber-P. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Faber-P. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Distract SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Distract SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Distract SI <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	SLR/Lasègue <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	SLR/Lasègue <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	SLR/Lasègue <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
	Apex sacré <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Apex sacré <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Apex sacré <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D
Gaeslen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Gaeslen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	Gaeslen <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	

# FICHE DE SUIVI DE LA SCOLIOSE (suite)

Date \_\_\_\_\_

Amplitude  
des mouvements



	Cou	Tronc	Cou	Tronc	Cou	Tronc
<b>Examen neurologique</b>	<b>Crâniens</b>		<b>Crâniens</b>		<b>Crâniens</b>	
	Tirer la langue <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Tirer la langue <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Tirer la langue <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Champs visuels <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Champs visuels <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Champs visuels <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Sens. du visage <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Sens. du visage <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Sens. du visage <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Manœuvre en H <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Manœuvre en H <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Manœuvre en H <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Symétrie pupilles <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Symétrie pupilles <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Symétrie pupilles <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Grand sourire <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Grand sourire <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Grand sourire <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	<b>Myotomes</b>		<b>Myotomes</b>		<b>Myotomes</b>	
	Dectoïdes <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Dectoïdes <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Dectoïdes <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	Ext. doigts <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Ext. doigts <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Ext. doigts <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	Ilio-psoas <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Ilio-psoas <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Ilio-psoas <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	Tibial ant. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Tibial ant. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Tibial ant. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	Long ext. hallux <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Long ext. hallux <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Long ext. hallux <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	<b>ROT (0 à 4+)</b>		<b>ROT (0 à 4+)</b>		<b>ROT (0 à 4+)</b>	
	C5 G ___ D ___		C5 G ___ D ___		C5 G ___ D ___	
	C6 G ___ D ___		C6 G ___ D ___		C6 G ___ D ___	
	C7 G ___ D ___		C7 G ___ D ___		C7 G ___ D ___	
	L4-5 G ___ D ___		L4-5 G ___ D ___		L4-5 G ___ D ___	
	S1 G ___ D ___		S1 G ___ D ___		S1 G ___ D ___	
	<b>Sensibilité</b>		<b>Sensibilité</b>		<b>Sensibilité</b>	
	Vibration <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Vibration <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Vibration <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Position <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Position <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Position <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Toucher brut <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Toucher brut <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Toucher brut <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Toucher léger <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Toucher léger <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Toucher léger <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Graphesthésie <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Graphesthésie <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Graphesthésie <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	Stéréognosie <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Stéréognosie <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN		Stéréognosie <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN	
	<b>Coordination</b>		<b>Coordination</b>		<b>Coordination</b>	
	Démarche P/T/F <input type="checkbox"/>		Démarche P/T/F <input type="checkbox"/>		Démarche P/T/F <input type="checkbox"/>	
	Babinski/Hoff. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Babinski/Hoff. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Babinski/Hoff. <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	Clonus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Clonus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Clonus <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	Cut. Abd.		Cut. Abd.		Cut. Abd.	
	Sup. (T6-T7) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Sup. (T6-T7) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Sup. (T6-T7) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	Moy. (T8-T10) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Moy. (T8-T10) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Moy. (T8-T10) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	Inf. (T11-T12) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Inf. (T11-T12) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D		Inf. (T11-T12) <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D	
	Romberg <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		Romberg <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		Romberg <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	Mvt alt. <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		Mvt alt. <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		Mvt alt. <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -	
	Valsalva/Dejerine <input type="checkbox"/>		Valsalva/Dejerine <input type="checkbox"/>		Valsalva/Dejerine <input type="checkbox"/>	
<b>Signe de Risser</b>	0	1	2	3	4	5
<b>Déformation costale</b>	Niveaux : _____		Niveaux : _____		Niveaux : _____	

# FICHE DE SUIVI DE LA SCOLIOSE (suite)

Date	_____	_____	_____
Torsion vertébrale (+ à ++++)	ThH : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE	ThH : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE	ThH : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE
	ThB : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE	ThB : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE	ThB : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE
	Lomb. : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE	Lomb. : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE	Lomb. : _____ HORAIRE/ ANTI-HORAIRE
Examen radiologique coronal	_____ ° Cobb ThH Apex : _____ Entre : _____ et : _____	_____ ° Cobb ThH Apex : _____ Entre : _____ et : _____	_____ ° Cobb ThH Apex : _____ Entre : _____ et : _____
	_____ ° Cobb ThB Apex : _____ Entre : _____ et : _____	_____ ° Cobb ThB Apex : _____ Entre : _____ et : _____	_____ ° Cobb ThB Apex : _____ Entre : _____ et : _____
	Distance T1 - S1 : _____ mm	Distance T1 - S1 : _____ mm	Distance T1 - S1 : _____ mm
	_____ ° Cobb Lomb Apex : _____ Entre : _____ et : _____	_____ ° Cobb Lomb Apex : _____ Entre : _____ et : _____	_____ ° Cobb Lomb Apex : _____ Entre : _____ et : _____
	Distance T12 - S1 : _____ mm	Distance T12 - S1 : _____ mm	Distance T12 - S1 : _____ mm
	Listh : _____	Listh : _____	Listh : _____
Examen radiologique sagittal	_____ ° Cobb Th (T2 - T12) Apex : _____ Distance T1 - T12 : _____ mm	_____ ° Cobb Th (T2 - T12) Apex : _____ Distance T1 - T12 : _____ mm	_____ ° Cobb Th (T2 - T12) Apex : _____ Distance T1 - T12 : _____ mm
	_____ ° Cobb Lomb (T12 - L5) Apex : _____ Distance T12 - S1 : _____ mm Distance T1 - S1 : _____ mm	_____ ° Cobb Lomb (T12 - L5) Apex : _____ Distance T12 - S1 : _____ mm Distance T1 - S1 : _____ mm	_____ ° Cobb Lomb (T12 - L5) Apex : _____ Distance T12 - S1 : _____ mm Distance T1 - S1 : _____ mm
	SBA: _____° PI: _____° SPOND: _____°	SBA: _____° PI: _____° SPOND: _____°	SBA: _____° PI: _____° SPOND: _____°
Densité osseuse Tissus mous	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____
	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> AN _____
Dégénérescence articulaire	Niveau(x) : _____ <input type="checkbox"/> Lég. <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Sév.	Niveau(x) : _____ <input type="checkbox"/> Lég. <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Sév.	Niveau(x) : _____ <input type="checkbox"/> Lég. <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Sév.
Impression radiologique			
Diagnostic Diagnostic différentiel			
Classification de la scoliose			
Intervention recommandée	<input type="checkbox"/> Observation ( _____ mois)	<input type="checkbox"/> Observation ( _____ mois)	<input type="checkbox"/> Observation ( _____ mois)
	<input type="checkbox"/> Exercices scoliose-spécifique	<input type="checkbox"/> Exercices scoliose-spécifique	<input type="checkbox"/> Exercices scoliose-spécifique
	<input type="checkbox"/> Corset orthopédique	<input type="checkbox"/> Corset orthopédique	<input type="checkbox"/> Corset orthopédique
	<input type="checkbox"/> Référence orthopédie	<input type="checkbox"/> Référence orthopédie	<input type="checkbox"/> Référence orthopédie