BILAN KINESITHERAPIQUE

LIGAMENTOPLASTIE

Date :……

NOM : …… PRENOM……..….	Masculin ☐ Féminin ☐ AGES : ……
N° DOSSIER :……. SPORT PRATIQUE :…….	EN CLUB PAYANT
Médecin prescripteur :……	
Intervention :	Date :…… J post-op :…… Nom du chirurgien :……..Type :…….. Genou : ☐ Droit ☐ Gauche
BILAN DES DEFICIENCES	
	Douleur : ☐ La nuit ☐ Le jour Elévation jambe tendue : possible Impossible ☐ Spontanée ☐ Provoquée ☐ A l'effort
Genou inflammatoire : ☐ OUI ☐ NON ☐ Choc ☐ Lame Première rotulien……../……..	
Bilan articulaire :	Droit / Gauche Flexion active : ……/……../……. ……/……../……. Flexion passive : ……/……../……. ……/……../……. Extension active : ……/……../……. ……/……../……. Extension passive : ……/……../……. ……/……../…….
Bilan musculaire :	Périmètre de cuisse à 10 cm : ……./…… Différence :…… Périmètre de cuisse à 15 cm : ……./…… Différence :……
BILAN DES INCAPACITES : Appui – autorisé : Non autorisé date Appui partiel date	Attelle : oui ☐ non ☐ Maintenance jusqu'à
	MARCHE : Impossible possible Avec une canne Avec deux cannes Sans aide technique