

EXAMEN CLINIQUE CHIRURGICAL avant PTH

NOM: _____ Prénom : _____ date naissance: / / sexe: / /
 coté: DT / G M / F hauteur: _____ cm poids: _____ Kg BMI = Date: / /

coté opposé: Normal / presque Normal / anormal

SYMPTOMS: date des premiers signes: / /

1. douleur

- aucune
- légère, occasionnelle
- rare, sans retentissement, présente pour des activités inhabituelles
- modérée, tolérable mais limite les activités quotidiennes ou le travail nécessite un antalgique
- marquée, sérieuse limitation des activités
- handicap permanent, debout ou couché

2. périmètre de marche

- illimité
- > 2000 m
- 500 m à 2000 m
- < 500 m
- domicile

4. escaliers:

- ↗ et ↘ normalement
- ↗ normale ↘ avec rampe
- ↗ avec rampe, ↘ marche par marche
- impossible

6. position assise:

- confortable, plus d'1 heure
- siège surélevé plus de 30 minutes
- impossible quel que soit le siège

8. transport public

- capable de prendre un moyen de transport public (bus)
- incapable de prendre un moyen de transport public (bus)

3. boiterie

- aucune
- légère
- importante

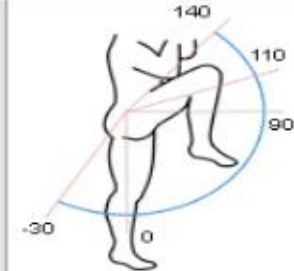
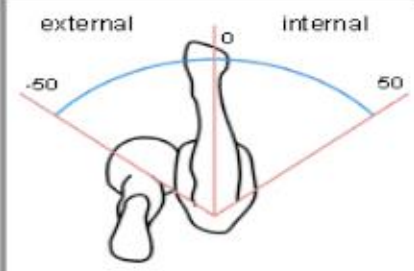
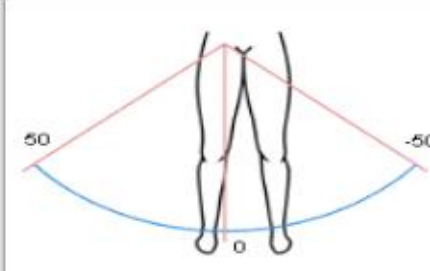
5. support

- aucun
- 1 canne pour long trajet
- 1 canne en permanence
- 2 cannes ou 1 béquille
- 2 cannes ou déambulateur
- impossible

7. chaussures-chaussettes

- sans problème
- avec difficulté
- impossible à mettre seul

EXAMEN CLINIQUE:

		
Flexion <input type="text"/> Extension <input type="text"/>	Internal rotation <input type="text"/> External rotation <input type="text"/>	Abduction <input type="text"/> Adduction <input type="text"/>

différence de longueur des membres=

- Gauche > droit Droit > gauche ___CM

état des autres articulations :

	sain	operation- date/type	N R
genou opposé			
hanche opposée			
cheville opposée			
genou même coté			
cheville même coté			

TRAITEMENT ANTÉRIEURS SUR LA HANCHE CONCERNÉE**1. traitements médicaux**

- antalgiques anti-inflammatoires non Steroid corticoïdes morphiniques
 injections articulaires visco-supplém entation Nb:___ date de la dernière: / /
 Neuro-algodystrophy antérieure

2. traitements chirurgicaux

Droit	COTYLE	FEMUR	colonne vertébrale
type			
date			
gauche	COTYLE	FEMUR	colonne vertébrale
type			
date			

commentaires:**RADIOLOGIE:****standard :****MRI** Date: / /**OSTEO-DENSITOMÉTRIE** Date: / /**BIOLOGIE**

SANG: date: / / SS= CRP= Fbng= Gl Rouges= Hb:
 URINE : date: / / Nb bacteries: Type : Anti biogramme:

CO-MORBIDITÉ

- CARDIO** diabete NID - Insulin Dep phlébite artérite obésité
 ostéoporose polyarthrite rhumatoïde infection connue: URO - DERMATO - DENTAIRE
 autre:

DIAGNOSTIC

- arthrose prim aire arthrose post-traum a nécrose avasculaire arthrite nflammatoire
 commentaires:

CHIRURGIE PROPOSÉE: _____ date: / /