

Date

Vous avez eu nos coordonnées par :

Merci de préparer votre Carte Vitale et éventuellement votre Ordonnance.

SIGNATURE :

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Taille :

Poids :

Adresse :

Tél. : Portable :

Domicile :

Bureau :

Email :

Profession :

Pratiquez-vous un sport ? :

Lequel :

Régulièrement ?

A quel rythme ?

---

Vous avez pris Rendez-vous pour un problème : [entourer la (les) réponses]

Colonne Vertébrale : Cervicale, Dorsale, Lombaire, Bassin.

Epaule, Coude, Poignet, Main.

Hanche, Genou, Cheville, Pied.

Mâchoire.

Céphalées, Migraines, Vertiges.

Ce problème est nouveau, épisodique ou bien chronique ?

Son apparition a été, brutale, progressive, ou insidieuse ?

Avez-vous des Radiographies, IRM, Scanner, Electromyogramme, Bilan Analyses Biologiques ? [Entourer la (les) réponses]

Un traitement Médical a-t-il été prescrit ?

Quels médicaments ? (fournir l'ordonnance)

Avez-vous un traitement médical de fond ? Cœur, HTA, Anti Acides ? Anti-Allergiques ?

Suivez-vous un régime ?

Combien buvez-vous d'eau thé, café par jour

Tabac : Cigarettes / Cigares

Alcool : Vin/Bière/Apéritifs/Digestifs

SUITE →→→→→→→→→→

Avez-vous des ANTECEDENTS FAMILIAUX avec des problèmes Cardiaques, Rhumatologiques, Hépatiques, Neurologiques, Rénaux, Digestifs, Dentaires ?

---

Avez-vous des ANTECEDENTS PERSONNELS de problèmes Cardiaques, Rhumatologiques, Hépatiques, Rénaux, Digestifs, Dentaires ?

Avez-vous bénéficié d'interventions chirurgicales ?

De quel type et à quelle date ?

Nom du Chirurgien, lieu de l'intervention.

---

Quelles sont les gênes fonctionnelles entraînées par votre état actuel au quotidien ?

Gestes impossibles à faire.

Gestes difficiles à faire.

---

Quelles sont les attentes de votre traitement ?

- Soulagement de la douleur.
- Reprise activité professionnelle.
- Reprise activités personnelles.
- Reprise des activités sportives.
- Autres :