

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél : ..... Port : ..... E-Mail : .....

Situation familiale : C.M.D.V. Age des enfants : ..... Profession actuelle ou passée.....

• **Comment avez-vous connu le cabinet :**  Internet  Bien Public  Facebook  Autres : .....  
 patient (notez son nom et prénom) : .....

• **Nom, adresse et tél de votre médecin traitant :** .....

• **Votre motif de consultation :** .....  
.....  
.....

Sur une échelle de 0 (Absence) à 10 (Insupportable), quelle est actuellement l'intensité de votre douleur :

• **Cochez si Douleur irradiante vers:**  Epaule  Bras  Main  Gauche  Droit(e)  
 Fesse  Jambe  Pied  Gauche  Droit(e)

• **Cochez le type de douleur ressentie:**

<input type="radio"/> Fourmillement	<input type="radio"/> Tiraillement	<input type="radio"/> Élançement	<input type="radio"/> Pénétrante
<input type="radio"/> Engourdissement	<input type="radio"/> Coups de poignard	<input type="radio"/> Décharges électriques	<input type="radio"/> Épuisante
<input type="radio"/> Pincement	<input type="radio"/> En étai	<input type="radio"/> Brûlure	<input type="radio"/> Déprimante

Quels **mouvements et activités** effectuez-vous avec difficulté?.....  
.....  
.....

Depuis quand et comment votre problème a-t-il débuté : .....

• **Citez et datez vos antécédents :**

Accidents de voiture : .....

Fractures : .....

Chutes, Blessures : .....

Opérations : .....

• **Citez vos anciens problèmes de dos :** .....

• Activités, sports, loisirs, préférés : .....

• **Dormez-vous sur le ventre :** .....

**Cochez si vous rencontrez des problèmes de :**

<input type="radio"/> Stress	<input type="radio"/> Thyroïde	<input type="radio"/> Neuropathie	<input type="radio"/> Canal Carpien
<input type="radio"/> Sommeil	<input type="radio"/> Ostéoporose	<input type="radio"/> Diabète	<input type="radio"/> Infections ORL répétées
<input type="radio"/> Fatigue	<input type="radio"/> Arthrose / Arthrite	<input type="radio"/> Hypertension Artérielle	<input type="radio"/> Dépression / Nervosité
<input type="radio"/> Manque de vitalité	<input type="radio"/> Fibromyalgie	<input type="radio"/> Problèmes Cardiaque	<input type="radio"/> Problèmes Digestifs
<input type="radio"/> Maux de tête / Migraines	<input type="radio"/> Troubles de la ménopause	<input type="radio"/> Problème de circulation Mains / Jambes	<input type="radio"/> Surpoids / Obésité
Fréquence : .....	<input type="radio"/> Algodystrophie	<input type="radio"/> Allergies ou Asthme	<input type="radio"/> Poids.....KG

Pour quels **problèmes de santé** prenez-vous des médicaments : .....

**Avez-vous déjà fait usage de produits stupéfiants cocaïne, héroïne :** .....

**Votre famille** est-elle exposée à des problèmes de dos ou de santé : .....