

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Port : E-Mail :

Situation familiale : C.M.D.V. Profession actuelle ou passée..... En arrêt de travail

• 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:

Fourmillement

Tiraillement

Élançement

Pénétrante

Engourdissement

Coups de poignard

Décharges électriques

Épuisante

Pincement

En étai

Brûlure

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 :

Stress

Thyroïde

Neuropathie

Canal Carpien

Sommeil

Ostéoporose

Diabète

Infections ORL répétées

Fatigue

Arthrose / Arthrite

Hypertension Artérielle

Dépression / Nervosité

Manque de vitalité

Fibromyalgie

Problèmes Cardiaque

Problèmes Digestifs

Maux de tête / Migraines

Troubles de la
ménopause

Problème de circulation
Mains / Jambes

Surpoids / Obésité

Fréquence :

Algodystrophie

Allergies ou Asthme

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 :