

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:

- | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fourmillement | <input type="checkbox"/> Tiraillement | <input type="checkbox"/> Élançement | <input type="checkbox"/> Pénétrante |
| <input type="checkbox"/> Engourdissement | <input type="checkbox"/> Coups de poignard | <input type="checkbox"/> Décharges électriques | <input type="checkbox"/> Épuisante |
| <input type="checkbox"/> Pincement | <input type="checkbox"/> En étai | <input type="checkbox"/> Brûlure | <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Neuropathie | <input type="checkbox"/> Canal Carpien |
| <input type="checkbox"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> Ostéoporose | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Infections ORL répétées |
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Arthrose / Arthrite | <input type="checkbox"/> Hypertension Artérielle | <input type="checkbox"/> Dépression / Nervosité |
| <input type="checkbox"/> Manque de vitalité | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Problèmes Cardiaque | <input type="checkbox"/> Problèmes Digestifs |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête / Migraines | <input type="checkbox"/> Troubles de la ménopause | <input type="checkbox"/> Problème de circulation Mains / Jambes | <input type="checkbox"/> Surpoids / Obésité |
| Fréquence : | <input type="checkbox"/> Algodystrophie | <input type="checkbox"/> Allergies ou Asthme | <input type="checkbox"/> 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 :