



CENTRE CHIROPRACTIQUE LYON 1

Nom / Prénom : _____ Date : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Profession : _____

Numéro de téléphone : _____ Domicile : _____

Adresse email : _____

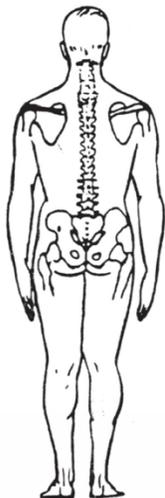
Situation : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Âge des enfants : _____

Comment avez-vous connu le Centre ? _____

Si vous ressentez une douleur, veuillez indiquer sur ce diagramme la localisation exacte de cette dernière ainsi que toute irradiation.

DOULEUR PRINCIPALE :

(Veuillez décrire votre problème majeur)



Comment cette douleur est-elle apparue ? _____

Quand cette douleur a commencé ? _____

Est-ce la première fois ? Si non, veuillez décrire le premier épisode : oui non

Dans une échelle entre 0 et 10, où se situe votre douleur ? _____



CENTRE CHIROPRACTIQUE LYON 1

Y a-t-il un facteur qui diminue cette douleur ? _____

Y a-t-il un facteur qui aggrave cette douleur ? _____

Cette douleur s'aggrave / s'améliore ou reste la même depuis le début ? _____

Avez-vous déjà essayé un traitement ? _____

Avez-vous déjà eu un accident (de voiture, travail, sport etc.) ? _____

Cette douleur fait elle suite à une chute ? oui non

Avez-vous d'autres symptômes ? (si oui, veuillez préciser lesquels) _____

Avez-vous déjà eu une fracture ? (si oui, veuillez préciser) _____

Une chirurgie ? (si oui, veuillez préciser) _____

Prenez-vous des médicaments ? Insuline Paracétamol Antidépresseurs Relaxants musculaires Pilule contraceptive Traitement anticoagulant autre :

Avez-vous des allergies ? (si oui, veuillez préciser) _____

Avez-vous un régime alimentaire particulier (végétarien, végan) _____

Hygiène de vie : tabac (____ cigarettes/jour) alcool (____ verres/semaine)

Pratiquez-vous un sport ? _____

Notes du Praticien :
