

Fiche de renseignements pré consultation

Vous allez bénéficier de soins d'ostéopathie. Il est nécessaire pour votre thérapeute d'avoir certaines informations, afin de vous proposer des soins de qualité et adaptés.

Chacun de ces renseignements est essentiel et nous permet d'avoir une idée de votre état de santé.

Ils sont strictement confidentiels et dépendent du secret médical que nous respectons.

Si vous ne comprenez pas un item laissez un blanc, votre thérapeute y reviendra. Merci.

➤ Si vous êtes adressé par quelqu'un, merci d'indiquer son nom et sa fonction :

.....

Nom, prénom :

Date de naissance :

Profession (si vous êtes en arrêt de travail, merci de le préciser) :

Loisirs sportifs (type, fréquence, durée) :

Etes-vous droitier ou gaucher ?

Avez-vous des enfants ? Combien ?

Pour les mères, accouchement par voie basse ou césarienne ?

Avez-vous un sommeil de qualité ?

Présentez vous un de ces symptômes ? (Entourez les propositions qui vous concernent) :

Apnée du sommeil, insomnies, syndrome des jambes sans repos, dépression ou anxiété

Antécédents médicaux personnels

Avez-vous déjà été diagnostiqué comme ayant l'une des pathologies ou symptômes suivants ?

(Entourez les propositions qui vous concernent)

Cancer, Problèmes cardiaques, Hypertension artérielle, Problèmes circulatoires,
Phlébite, Asthme, Diabète, Hypercholestérolémie, Polyarthrite rhumatoïde,
Autres pathologies rhumatismales, Ostéoporose, Fractures, Tuberculose, Hépatite,
Pathologie des reins, Infections Sexuellement Transmissibles, Dépression, Dépendances (alcool,
drogue etc...)

Avez-vous un traitement médicamenteux de fond, si oui pour quel motif ?

Avez-vous subi des entorses, fractures, chirurgies, hospitalisations ? Merci d'indiquer les dates

Portez-vous :

- Des semelles orthopédiques ?
- Des lunettes/lentilles ? (Avez-vous déjà fait de l'orthoptie ?)
- Une gouttière de désocclusion (bruxisme) ?

Antécédents familiaux

Un membre de votre entourage proche (parents, fratrie) a-t-il déjà été traité pour une des raisons suivantes ?

(Entourez la/les réponses)

Diabète, Maladie cardiaque, Hypertension artérielle, AVC, Cancer,
Alcoolisme, Dépression, Pathologies rhumatismales.

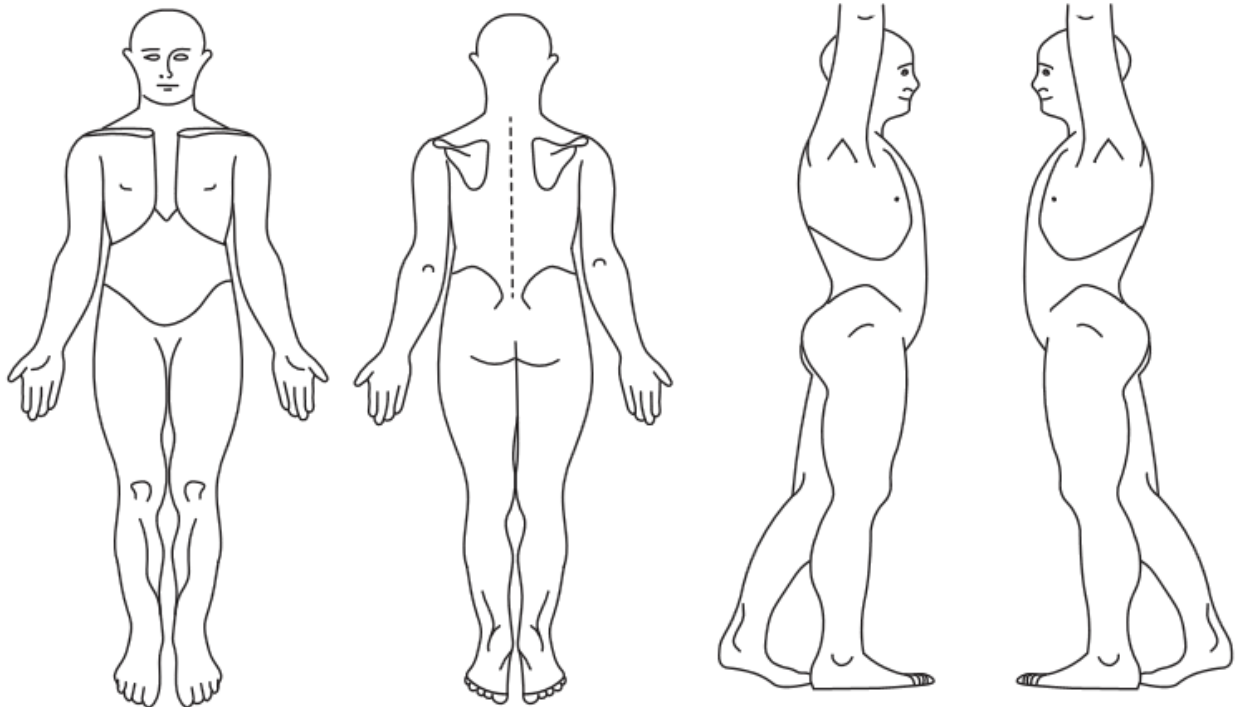
Quel est le motif de votre consultation :

Décrire vos symptômes :

- Date d'apparition, éléments déclencheurs s'il y en a, les traitements déjà effectués (médicament, infiltration, repos, kiné, ostéo, etc...)
- Les examens complémentaires déjà réalisés (**à ramener lors de votre consultation**) ...
- Quels sont les gestes, mouvements, activités qui déclenchent ou aggravent votre douleur ?
- Quels sont les gestes ou activités qui soulagent votre douleur ? Quel médicament vous soulage ?
- Vos douleurs sont-elles accompagnées de : (Fourmillement / engourdissement / Picotements / Brulures / Electricité) ?
- L'horaire de vos douleurs (matin, fin de journée, nuit...)

Les décrire ici :

Merci de dessiner vos zones douloureuses, et si possible, en utilisant le code couleur proposé.



Douleur initiale

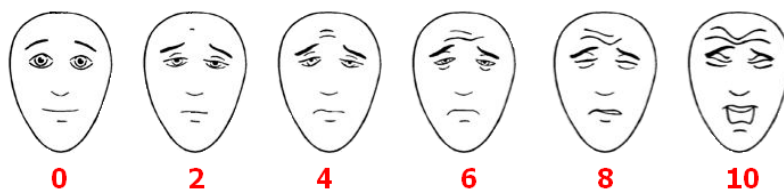


Douleur actuelle la plus intense

	Douleur aiguë, coup de poignard, pincement élancement, tiraillement
	Douleur profonde, sourde, diffuse, difficile à localiser précisément
	Sensation de chaleur ou sensation de froid
	Sensation de fourmillements ou piqûre d'aiguilles
	Engourdissement, anesthésie, perte de sensation
	Sensation de raideur, fatigue, autre...

Comment ressentez-vous ces douleurs ? (Note entre 0 et 10)

- Maintenant :
- Au pire :
- Au mieux :



Cotation de la douleur selon le faciès sélectionné

Symptômes : Entourez ce qui est apparu récemment et vous semble NOUVEAU ou INHABITUEL

- Chute ou accident récent
- Perte/prise de poids récente
- Nausées/vomissements
- Fatigue, Problème de sommeil
- Stress
- Perte de force
- Picotements/engourdissements
- Tremblements
- Troubles de la vision
- Problèmes d'audition
- Etourdissements, vertiges
- Yeux rouges
- Eruption cutanée
- Gonflement bras ou jambes
- Difficultés à respirer, à avaler
- Ecchymoses (bleus)
- Brulures d'estomac
- Constipation/diarrhées
- Sang dans les selles, les urines
- Saignements excessifs
- Problèmes urinaires
- Incontinence urinaire/fécale
- Difficultés sexuelles

DATE :

Signature du PATIENT (*précédée de la mention « Informations certifiées exactes »*)