

**Nom :**

**Âge :**

**Adresse :**

**Profession :**

**téléphone :**

**Raison de consultation :**

**1) Où ressentez-vous une douleur ?**

**2) Comment décrivez vous la douleur et le niveau de cette douleur ?**

**Constante, aigue, brûlante...**

**3) Y-a-t-il une constance quotidienne de la douleur (vous ressentez une douleur plutôt le matin, le soir, après les repas...)**

**4) Qu'est-ce qui aggrave la douleur ?**

**5) Qu'est-ce qui soulage la douleur ?**

**6) Quand cette douleur est-elle survenue ?**

**7) Avez-vous consulté d, autres professionnel de la santé concernant votre blessure ?**

**8) Quelle est votre opinion du problème ?**

**9) Avez-vous un antécédant vis-à-vis de cette blessure ? Combien de fois est-elle ressurgie par le passé ?**

**Histoire médicale:**

**. Chirurgie passée, Fractures, entorses...**

**. D'autres hospitalisations :**

**. Passé ou présent de médication :**

**D'autres renseignements (qui peut être hors de propos apparemment pourrait bien être encore important)**

**.Histoire médicale de la famille: y-a-t-il des maladies héréditaires dans votre famille ?**

**. Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ?**

**. Avez-vous des allergies ou des intolérances à certaine nourriture ?**

**. Avez-vous des problèmes dentaires ?**

**. Fumez-vous ou buvez-vous de l'alcool?**

**. Dormez-vous bien?**

**. Migraines, vertige...**

**. Infections périodiques**

**. dysfonctionnement Respiratoire, cardiovasculaire, digestif, urogénital...**