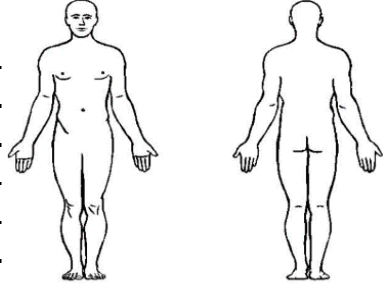




Centre Chiropratique Lorane Lechevalier

3 place Albert 1er
64000 Pau

Date de consultation : ____/____/20__

Nom : _____	Téléphone : _____	Taille : _____
Prénom : _____	Portable : _____	Poids : _____
Age : _____ Date de naissance : __/__/__	Mail : _____	<input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher
Nom du médecin traitant: _____	Nom de la mutuelle : _____	
Adresse : _____		
Code postal : _____	Ville : _____	
Situation familiale :	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> En couple
	<input type="checkbox"/> Divorcé/ séparé	<input type="checkbox"/> Veuf/Veuve
Métier : _____	Positions de travail fréquentes : _____	
Motif de la consultation et apparition des symptômes : _____ _____ _____ _____		Localisation : 
Cotation de la douleur sur une échelle de 0 à 10 (0=absence de douleur / 10 maximum toléré) : ____/10		
Comment nous avez-vous connu ? _____		
<input type="checkbox"/> Recommandé(e) par Mr/Mme : _____		
Pouvons nous la remercier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Votre naissance	Médication	Traumatismes
Naissance : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Césarienne	Médicaments actuels : _____	<input type="checkbox"/> Chutes* : _____
Nombre de frères et sœurs aînés : _____	_____	<input type="checkbox"/> Fractures* : _____
Nombre de frères et sœurs cadets : _____	_____	<input type="checkbox"/> Accidents* : _____
Votre famille	Traitement de longue durée : _____	<input type="checkbox"/> Chirurgies* : _____
Nombre et âge des enfants : _____	_____	<input type="checkbox"/> Hospitalisation* : _____
<input type="checkbox"/> Accouchement par voie basse	_____	
<input type="checkbox"/> Accouchement par césarienne	_____	
<input type="checkbox"/> Complications : _____	_____	
	Compléments alimentaires : _____	

Problèmes de santé

Cardio Vasculaire	Gastro Intestinal	Gynécologie	Oto Rhino
<input type="checkbox"/> Arthériosclérose <input type="checkbox"/> Chevilles enflées <input type="checkbox"/> Circulation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Douleurs cardiaques <input type="checkbox"/> Evanouissements <input type="checkbox"/> Infarctus <input type="checkbox"/> Mains / Pieds froids <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Tension artérielle <input type="checkbox"/> Varices <input type="checkbox"/> Bleus faciles	<input type="checkbox"/> Perte de poids <input type="checkbox"/> Appétit en baisse <input type="checkbox"/> Ballonné <input type="checkbox"/> Brûlures <input type="checkbox"/> Colite <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Hernie hiatale <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Régurgitations <input type="checkbox"/> Allergie aliment Depuis : _____ Précisez : _____	<input type="checkbox"/> Aménorrhée <input type="checkbox"/> Avortement(s) <input type="checkbox"/> Bouffées <input type="checkbox"/> Congestion poitrine <input type="checkbox"/> Fausse couche <input type="checkbox"/> Crampes utérus <input type="checkbox"/> Cycles irréguliers <input type="checkbox"/> Enceinte <input type="checkbox"/> Irritable avec le cycle <input type="checkbox"/> Ménopause <input type="checkbox"/> Synd pré-menstruel Musculaire-Articulaire <input type="checkbox"/> Arthrite/Arthrose <input type="checkbox"/> Hernie inguinale <input type="checkbox"/> Nuque <input type="checkbox"/> Mâchoire <input type="checkbox"/> Epaule <input type="checkbox"/> Trapèze <input type="checkbox"/> Coude <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Dorsales <input type="checkbox"/> Lombaires <input type="checkbox"/> Scoliose <input type="checkbox"/> Sciatique <input type="checkbox"/> Sacrum / Coccyx <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Crampes musculaires <input type="checkbox"/> Semelles orthopédiques	<input type="checkbox"/> Appareil dentaire <input type="checkbox"/> Dents en moins <input type="checkbox"/> Dents dévitalisées <input type="checkbox"/> Plombages <input type="checkbox"/> Orthodontie <input type="checkbox"/> Bourdonnements <input type="checkbox"/> Problèmes visuels : _____ <input type="checkbox"/> Port de lunettes <input type="checkbox"/> Laryngite / Pharyngite <input type="checkbox"/> Maux de gorge <input type="checkbox"/> Sinusite <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Douleurs oreilles Respiratoire <input type="checkbox"/> Allergies respiratoires <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Douleur poitrine <input type="checkbox"/> Essoufflé facilement <input type="checkbox"/> Respiration difficile <input type="checkbox"/> Toux fréquente
Dermatologie		Général	
<input type="checkbox"/> Acnée <input type="checkbox"/> Allergies cutanées <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Démangeaisons <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Peau grasse <input type="checkbox"/> Peau sèche <input type="checkbox"/> Eruptions cutanées <input type="checkbox"/> Grains de beauté opérés	<input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Maux de tête <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Chutes tête/fesses Depuis : _____ Précisez : _____		
Emotionnel		Gynéco Urinaire	
<input type="checkbox"/> Angoisse <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Difficultés relationnelles <input type="checkbox"/> Spasmophilie <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Hypersensibilité <input type="checkbox"/> Tension nerveuse	<input type="checkbox"/> Cystite <input type="checkbox"/> Enurésie <input type="checkbox"/> Incontinence <input type="checkbox"/> Infection urinaire <input type="checkbox"/> Prostate <input type="checkbox"/> Contraception : _____		

Habitudes de vie

Eau en l/jour : _____ Alcool Tabac Drogue

Faites-vous attention à votre alimentation : Oui Non

Régime particulier (préciser) : _____

Pouvez vous nous donner un exemple type de vos repas de la journée d'hier ?

Petit déjeuner : _____

Déjeuner : _____

Dîner : _____

Sommeil

Position : Dos Ventre Côté

Durée en heures : _____ Reposant Non reposant

Qualité du sommeil : Bon Mauvais Ronflements

Cauchemars Rêves Réveils multiples

Difficultés pour : S'endormir Réveil matinal sans se rendormir

Activités sportives

Pratiques sportives : _____

Fréquence : _____ Pratique en compétition

Marche Temps de marche quotidien : _____

Bilan familial

Cancer : Chez qui ? _____ Localisation ? _____

Hypertension

Maladies : Intestinales : _____

Neuro-dégénératives : _____

Autres : _____

Voulez vous être informé des réunions thématiques libres et gratuites proposées mensuellement par le centre chiropratique ? _____