

Questionnaire de réactivation

Nom/Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Tél. rés. : _____ Tél. trav. : _____ Cell. : _____

Courriel : _____ Occupation : _____

Signature : _____ Date : _____

1. Quelles sont les raisons de votre consultation ?

- prévention
 même problème que la dernière fois
 nouveau problème de santé

Décrivez votre douleur :

2. Depuis quand ce problème est-il présent ? _____

3. Votre problème se fait-il sentir :

- au lever le jour le soir la nuit en tout temps

4. Sur une échelle de 1 à 10, quelle est votre niveau de douleur ?

Pas de douleur

 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Douleur extrême

5. Depuis votre dernier examen, décrivez les chutes, accidents, blessures et/ou incidents d'autres natures.

6. Prenez-vous des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ? _____

7. Depuis votre dernière visite, avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé ?

Veuillez indiquer
 sur le schéma
 les endroits où
 vous ressentez
 de la douleur.

