

Lerchenweg 5 2502 Biel  
T 032 341 44 50 F 032 341 44 60  
physiotherapie.am.lerchenweg@bluewin.ch  
www.physiotherapie-am-lerchenweg.ch

**Chère patiente, cher patient,**

Dans le but de vous soigner de manière optimale, nous avons besoin de quelques informations à votre sujet ainsi que concernant vos plaintes/douleurs.

Toutes les données relèvent du secret professionnel et seront traitées de manière confidentielle. Elles ne seront en aucun cas transmises à des tiers.

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration.

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone privé: \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

N° d'assuré: \_\_\_\_\_ Maladie  Accident  Opération

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Profession: \_\_\_\_\_ Sport/Hobby: \_\_\_\_\_

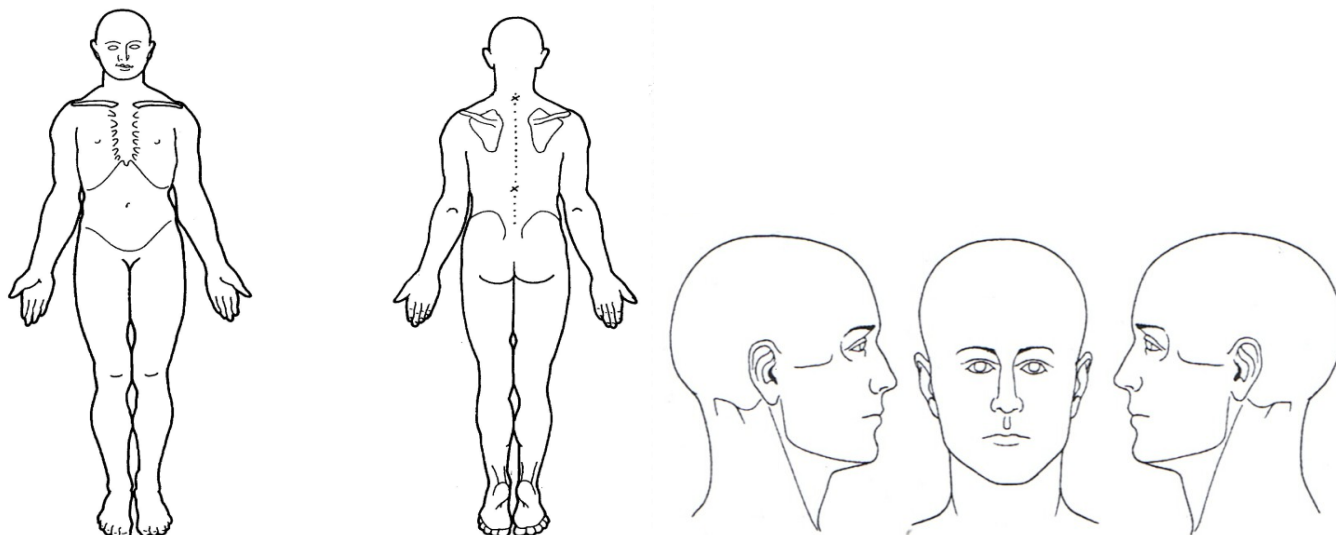
Médecin traitant: \_\_\_\_\_

**En cas d'empêchement, veuillez annuler vos rendez-vous au moins 24h à l'avance. Les rendez-vous annulés hors de ce délai vous seront facturés.**

Dans notre cabinet, vos données d'assurance maladie seront demandées automatiquement à la réception sans lecture de votre carte d'assuré(e). Ceci permet de garantir des données correctes lors de la facturation.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

1.) Où se situe votre **problème** ? (dessiner svp):



2.) Quels sont vos principaux problèmes? \_\_\_\_\_

3.) Quelles activités de la vie quotidienne provoquent des symptômes ? \_\_\_\_\_

4.) Depuis combien de temps souffrez-vous de vos symptômes ? \_\_\_\_\_

5.) Y a-t-il eu un facteur qui a déclenché vos symptômes (chute, accident, opération ,etc)

6.) Qu'est-ce qui **améliore** vos symptômes (activité, mouvement, repos, position debout, position assise, position couchée, porter, etc.) ? \_\_\_\_\_

7.) Qu'est-ce qui **accentue** vos symptômes (voir ci-dessus) ?

8.) Vos symptômes sont-ils (souligner ou entourer svp): **permanents /intermittents**

9.) Comment jugez-vous l'évolution de vos symptômes (cocher svp) **stable / amélioration / aggravation**

10.) Avez-vous des **douleurs** ? oui  non

**Si oui:**

11.) Quelle est l'**intensité** de vos **douleurs** actuellement ? (cocher svp)

(aucune douleur) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (douleur maximale)

12.) Quelle est l'intensité maximale de vos douleurs ? (cocher svp):

(aucune douleur) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (douleur maximale)

13.) Souffrez-vous de **douleurs nocturnes**? oui  non

14.) Votre **sensibilité** a-t-elle changé (fourmillements / zone endormie) ? oui  non

15.) Avez-vous constaté une **perte de force** ? oui  non

16.) Avez-vous des douleurs en (cocher souligner ou entourer svp): **toussant/éternuant/poussant/avalant?** oui  non

17.) Avez-vous des troubles de la **marche** ou de l'**équilibre**? oui  non

18.) Souffrez-vous de **maux de tête**? oui  non

19.) Souffrez-vous de vertiges, nausées, pertes de connaissance ou de troubles de la déglutition? oui  non

20.) Etes-vous atteint/e d'une des maladies suivantes: diabète, rhumatisme, ostéoporose? oui  non

21.) Souffrez-vous de problèmes concernant les organes internes  
(brûlures d'estomac, constipation, infection urinaire, etc) ? oui  non

22.) Etes-vous atteint/e d'autres maladies (p.ex. hypertension, fièvre, malaise etc.)? oui  non

23.) Souffrez-vous d'allergies, intolérances, incompatibilités? \_\_\_\_\_

24.) Avez-vous souffert d'une tumeur ou d'une maladie cancéreuse? oui  non

25.) Avez-vous perdu du poids sans raison apparente ces dernières semaines ? oui  non

26.) Durant les dernières semaines, avez-vous souffert de fièvre ou de transpiration nocturne? oui  non

27.) Etes-vous **enceinte**? Oui  semaine de grossesse: \_\_\_\_\_ sem non

28.) Prenez-vous des médicaments actuellement? oui  non

**Si oui, le(s)quel(s)?** \_\_\_\_\_

29.) Avez-vous déjà eu des accidents ou subi des opérations? oui  non

**Si oui, laquelle /lesquelles?** \_\_\_\_\_

30.) Souffrez-vous également de symptômes qui ne sont pas lié à votre problème de santé actuel  
(problème de vue, problème d'élocution, problème auditif, incontinence, etc.) \_\_\_\_\_ oui  non

31.) Avez-vous peur ou considérez-vous, que la charge / le mouvement aggrave votre problème? oui  non

32.) Pensez-vous que votre problème persistera à long terme ? oui  non

33.) Quels **examens médicaux** ont été effectués jusqu'à présent? (cocher svp)  
radiographies / scanner / IRM / autres: \_\_\_\_\_

34.) Quelles mesures thérapeutiques ont été prises jusqu'à ce jour (cocher souligner ou entourer svp)  
injection / massage / physiothérapie / autre: \_\_\_\_\_

35.) Qu'attendez-vous de la physiothérapie et quels sont vos buts? \_\_\_\_\_