

Date :

BILAN

Date de Naissance :

Nom :

Prénom :

Activités :

Diagnostic :

Médecin :

Prochain ctrl. :

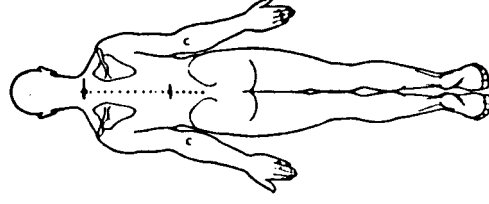
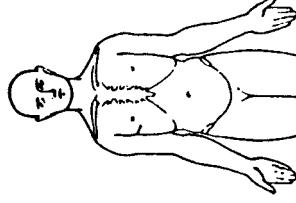
Prescription médicale :

Problème actuel :

Anamnèse : (Début du problème, mode d'apparition, évolution, ...)

BILAN DE LA DOULEUR

Localisation



Intermittente / Constante : *Invariable*
 Variable

Intensité :

Facteurs ↗ :

Facteurs ↘ :

Nuit :

Variations pdt jour :

Paresthésies :

Toux, éternuements :

Remarques :

Antécédents :

Traitements antérieurs :

Médicaments :

Examens complémentaires :