



NOVEOS SANTÉ
KINÉSITHÉRAPIE DU SPORT

QUESTIONNAIRE

Vous avez pris rdv avec votre professionnel de santé. Pour gagner du temps et permettre un diagnostic pertinent, merci de remplir ce questionnaire et de le rapporter à votre praticien lors de votre première séance.

NOM : PRÉNOM: ÂGE:

Droitier / Gaucher / Ambidextre

Atteinte : Côté droit Côté gauche Colonne

- Motif de la consultation :
- Métier:
- Sport/Loisir (type, fréquence et volume):

- Histoire de la maladie (donnez le maximum d'informations sur la pathologie) :
 - Date d'apparition :
 - Mode d'apparition (décrire le traumatisme ou si apparition progressive):

- Évolution depuis son apparition (mieux, moins bien, pas d'évolution):

- Les douleurs réveillent la nuit : _____ OUI NON
- Traitement médicamenteux : OUI NON
- Imagerie : OUI NON

