



Date: JJ/MM/AAAA Date de naissance: JJ/MM/AAAA Âge: _____ Occupation: _____
 Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____ Apt.: _____ Ville: _____ Code postal: _____
 Tél. Résidence: _____ Cell.: _____ Courriel: _____
 Taille: _____ Poids: _____ Droitier Gaucher Loisirs: _____

Raison de la consultation: _____
 Diagnostic médical: Oui Non _____
 Médicaments et suppl.: _____
 Médecin traitant: _____ Coordonnées: _____
 Allergies: Oui Non _____ Contre-indications: Oui Non _____

1. ÉVALUATION (S)

Histoire de cas : _____

Investigation médicale (RX, ECG, EEG, MRI, etc.)
 avec la date des examens ou des tests:

Antécédents familiaux : _____

Douleur : Intensité (1 à 10): _____
 Constante Intermittente Occasionnelle Croissante Décroissante
 Type: _____
 Site: _____
 DLR ↑: _____
 DLR ↓: _____
 DLR nuit: _____

Antécédents traumatiques : _____

Antécédents chirurgicaux : _____

Hospitalisation : _____

2. REVUE DES SYSTÈMES (S)

MUSCULO-SQUELETTIQUE :

dir. au dos, épaule, bursite, tendinite, arthrite
rhumatoïde, RAA, myélite, ostéomyélite

CARDIO-VASCULAIRE :

phlébite, varices, crampes, HTA, cholestérol,
pb cardiaques (arythmie, palpitation, infarctus),
extrémités froides, engourdissements,
serrement de poitrine

RESPIRATOIRE :

allergie, rhume, toux, asthme, bronchite,
pneumonie, emphysème, dyspnée

DIGESTIF : reflux gastrique, brûlement, ulcère,
habitude intestinale, gaz, lourdeur, nausée,
appétit, dysphagie, allergie, lenteur digestive,
hémorroïde, cirrhose, hépatite, pierre VB,
diarrhée, constipation

URINAIRE : infection urinaire (cystite),
dysurie, polyurie, nycturie, brûlure, pierre
aux reins, insuff. rénale, incontinence,
ptose de vessie

GYNÉCO/URO : prostatite, dysfct. sexuel,
contraceptif, stérilet, grossesse, accouchement,
avortement, ménarche (début, cycle, dir., méno
et métrorragies, SPM) leucorrhée, endométriose,
kyste, fibrome

ORL : rhinite, polype, otite, pharyngite, laryngite,
amygdalite, barotrauma, bourdonnement,
perte d'audition, myopie, presbytie, astigmatie,
hypermétropie, conjonctivite, orgelet, glaucome,
perte de vision transitoire, appareils, plombage,
extraction, tx de canal, chirurgie de reconstruction

NERVEUX : épilepsie, céphalée, migraine,
étourdissement, vertige, évanouissement,
pb d'équilibre, névralgie, paralysie, maladie
dégénérative

IMMUNITAIRE/LYMPHATIQUE : oedème,
inflammation, maladies auto-immunes

ENDOCRINIEN : thyroïde, chaud/froid, soif,
gain/perte de poids

TÉGUMENTAIRE : infection, acné, herpès,
dermatites, eczéma, psoriasis, parasites

HABITUDES DE VIE (A.V.Q./A.V.D.):

alimentation, tabac, alcool, drogues

SOMMEIL : Réparateur Oui Non Nbre d'heures _____ Nbre réveil par nuit _____ Niveau d'énergie (1-10) _____

FORMULATION D'HYPOTHÈSES

Suite à l'évaluation subjective, formulez questions hypothèses qui orienteront l'évaluation objective ostéopathique.

Hypothèses

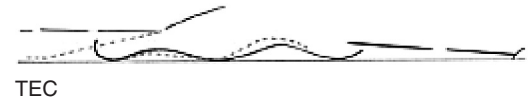
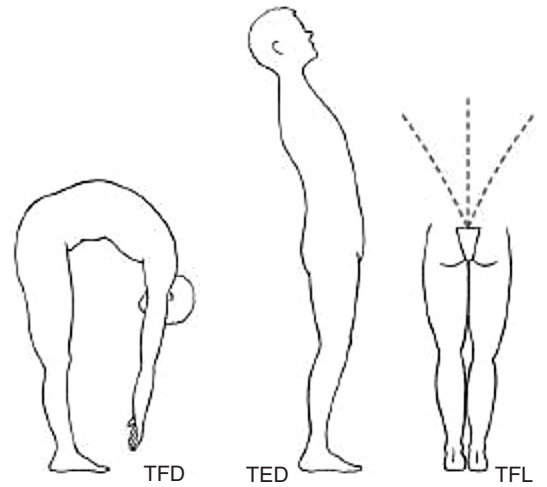
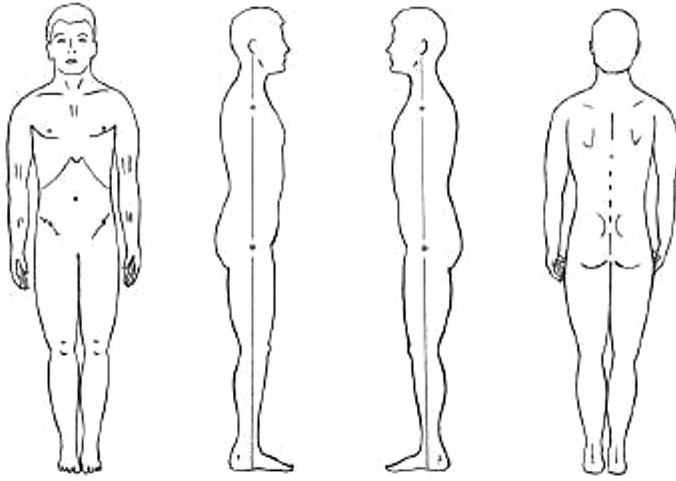
Justifications

OBSERVATIONS (O)

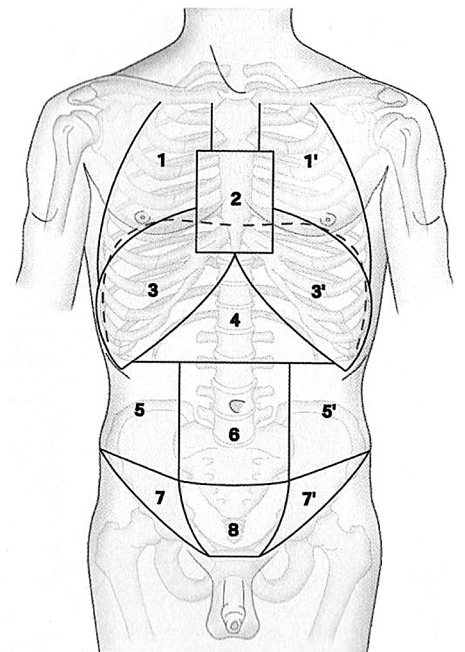
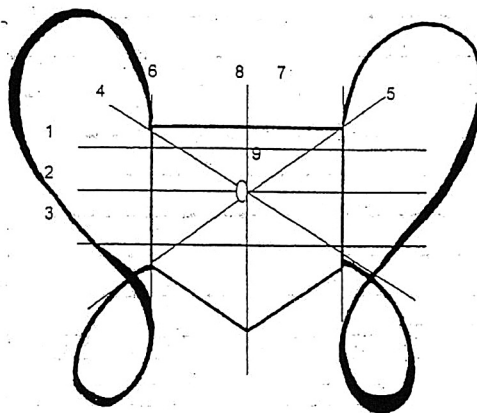
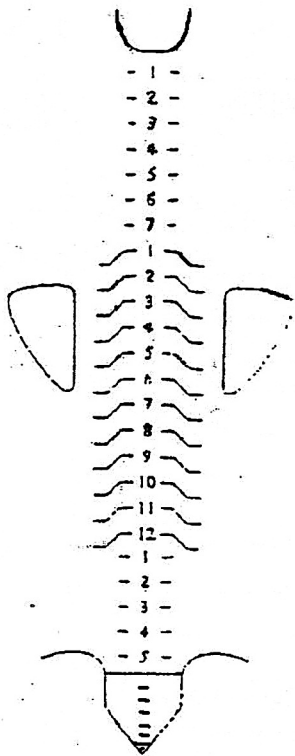
Température de peau, ganglions, pouls, oedème, rougeur, cicatrice, marche, équilibre, position antalgique...

..... EXAMEN STATIQUE

..... EXAMEN DYNAMIQUE

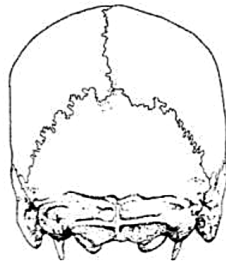
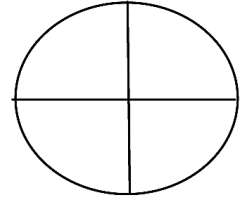
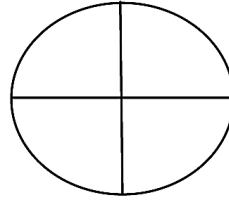
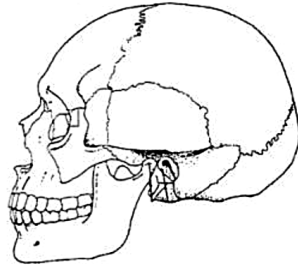
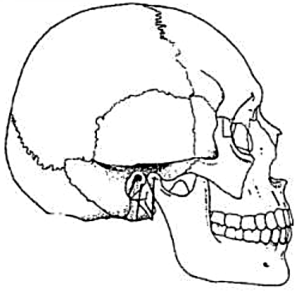


TEST POSTURAL posturo-dynamique, verticale de Barré, typologie, 5 sphères, yeux fermés, position en décubitus.



OBSERVATIONS (O)

BILAN CRÂNIEN (SSB, vitalité, rythme...)



BILAN OSTÉO-ARTICULAIRE (stabilité, douleur, ligaments, ménisque, intra-osseuse, dysfonction...)

BILAN VISCÉRAL (douleur, vide, plein, glissement, induration, fixation, dysfonction...)

BILAN MUSCULAIRE (cotation...)

BILAN NEUROLOGIQUE (dermatome, myotome, réflexes...)

BILAN CIRCULATOIRE (pouls, tension...)
