

## DEMANDE D'EXAMEN ET DE TRAITEMENT CHIROPRATIQUES

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

Système médecin de famille  oui  non

Nom / Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Rendez-vous, le \_\_\_\_\_  Convocation directe \_\_\_\_\_

### Colonne vertébrale

cervicales  dorsales / côtes  lombaires /  
ceinture pelvienne  sacro-iliaque  hanche

douleurs aiguës  douleurs sub-aiguës  douleurs chroniques

Hernie discale probable  oui  non Traumatisme  oui  non

**Autres problèmes**

---

Résultats d'analyse existants:

Traitement antécédent:

Remarques:

Rapport désiré:  oui  non

Timbre du médecin: