



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: