Motif de consultation :

Autres douleurs :

**Antécédents de douleurs articulaires/musculaires (du plus ancien au plus récent) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Type de douleurs** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Antécédents de traumatismes**

(ex : accident de voiture, entorse, chute sur le coccyx, fractures, …) **:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Trauma** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Opérations :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Type d’opérations** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Traitements (gouttière, semelles, …) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **Type de traitement** |
|  |  |
|  |  |