

Fiche d'évaluation

Date : ___ / ___ / ___

Nom : _____ Prénom : _____

Matricule de Caisse Nationale de Santé : _____

Profession : _____ Âge : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ GSM : _____

E-Mail : _____

Brève description du problème : _____

Depuis quand : _____

Ce qui soulage : _____

Ce qui aggrave : _____

Médicaments pris : _____

Échelle de douleur de 0 à 10 : _____

Vous pouvez **entourer**
les zones à traiter sur
ce schéma :

