

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À L'INTENTION DE VOTRE ORTHOPÉDISTE

Médecins	Nom	N° de téléphone	Problème(s) de santé pris en charge :	
	Nom	N° de téléphone	Problème(s) de santé pris en charge :	
	Nom	N° de téléphone	Problème(s) de santé pris en charge :	
	Nom	N° de téléphone	Problème(s) de santé pris en charge :	
Médicaments	Nom du médicament :	Raison de l'ordonnance :	Dose :	Fréquence :

	Nom du médicament :	Raison de l'ordonnance :	Dose :	Fréquence :	
	Nom du médicament :	Raison de l'ordonnance :	Dose :	Fréquence :	
	Nom du médicament :	Raison de l'ordonnance :	Dose :	Fréquence :	
Échelle de douleur de 0 à 10 (0 indiquant l'absence de douleur et 10 représentant la pire douleur que vous puissiez imaginer)	Changements récents :	Durée de la douleur ressentie :	Description précise de la douleur (<i>endolorissement, sensation de brûlure, sensation de piqûre ou élancement</i>) :	Mouvements et activités qui provoquent ou aggravent la douleur :	Moment de la journée où la douleur est la plus vive :
Allergies					