

Questionnaire articulaire

Entourez le ou les choix

Nom	Prénom	Date
-----	--------	------

Avez-vous des antécédents traumatiques ? (fracture – entorse – lésion musculaire – lésion tendineuse) Oui Non

Lesquelles ?

Avez-vous subi des interventions chirurgicales pour des pathologies traumatiques – ostéo-articulaires – musculaires – tendineuses ? Oui Non

Lesquelles ?

Êtes-vous porteur d'une ou plusieurs prothèses articulaires ? Oui Non

Lesquelles :

Avez-vous fait une chute au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le questionnaire « chute »

Quels sont à ce jour vos symptômes ostéo-articulaires ? (Douleurs, instabilité, raideur) Précisez sur le schéma.

DROITE

GAUCHE

Épaule

Épaule

Rachis dorsal

Rachis lombaire

Hanche

Hanche

Genou

Genou

Cheville

Cheville

Remarques particulières :
