

Évaluation de commotion

Patient:

Occupation: _____

Est-ce une blessure résultant d'une activité sportive? Oui Non

Sports pratiqués _____

Degré de participation: Récréatif Universitaire Élite

Provincial National

Vous êtes: Droitier Gaucher

Blessure: Nouvelle Antérieure (chronique)

Décrivez la douleur: _____

Comment vous êtes blessé? _____

Avez-vous eu des blessures dans le passé en lien avec celle-ci? _____

Qu'est-ce qui aggrave la douleur? _____

Médication prescrite pour ce problème (inscrire le nom de la médication et cocher o pour l'efficacité)

_____ Oui Non _____ Oui Non

_____ Oui Non _____ Oui Non

Anti-inflammatoires: _____ Oui Non Anti-inflammatoires: _____ Oui Non

Anti-inflammatoires: _____ Oui Non Anti-inflammatoires: _____ Oui Non

Autres traitements (inscrire le nom de la médication et cocher o pour l'efficacité)

Glace: Oui Non Chaleur: Oui Non Appareil de support: _____ Oui Non

Thèse: _____ Oui Non Massage: _____ Oui Non

Chiropraticien: _____ Oui Non Autre traitement: _____ Oui Non

Résultats de recherche

Rayons X: _____ Oui Non Ultrasons: _____ Oui Non

Scintigraphie osseuse: _____ Oui Non TDM: _____ Oui Non

IRM: _____ Oui Non Autre: _____ Oui Non

Profil Médical

Antécédents familiaux: _____

Chirurgies antérieures: _____

Autres problèmes médicaux: _____

Médicaments, suppléments et vitamines pour traiter les problèmes médicaux: _____

Allergies aux médicaments: _____

Avez-vous des problèmes d'estomac? Oui Non _____

