



FORMULAIRE DE PREINSCRIPTION

FORMATION
VIVRE ET TRAVAILLER AVEC SON DOS (10 jours)
(Charges ou soins)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Préinscription à une formation "Vivre et travailler avec son dos" (10 jours)

Nom : (Nom jeune fille :)..... Prénom :

Matricule : Date de Naissance :

Sexe: M : F : Nationalité :

Profession : Adresse :

Localité : Code postal : Pays :

Téléphone : Fax : E-mail :

Dossier médical

Date de l'examen :

1. **Biométrie** : Poids : kg
Taille : cm

2. **Historiques** des problèmes lombaires

.....
.....
.....
.....

Les problèmes de dos ont-ils commencé :

De façon soudaine

De façon progressive

Année du premier épisode : Ne se rappelle pas

Le travailleur a-t-il déjà été hospitalisé ou opéré à cause d'un mal de dos OUI - NON

Si oui en quelle année ?.....

Durant les 12 derniers mois, quelle est la durée totale pendant laquelle le travailleur a eu mal au dos ou souffert de sciatique ?

- 0 jour
- 1 à 7 jour(s)
- 8 à 30 jours
- Plus de 30 jours
- Presque tous les jours

3. Symptômes dorsolombaires actuels et traitement en cours

.....
.....
.....
.....

4. Autres pathologies chroniques et traitements divers

.....
.....
.....
.....

5. Contre-indication médicale connue pour la participation à un programme de réentraînement à l'effort (telle que risque cardiovasculaire, diabète déséquilibré, ... connu)

- oui, type :
- non

Cachet et signature du médecin traitant