

# Préinscription à une formation

## "Vivre et travailler avec son dos"-10 jours

(Prévention tertiaire pour lombalgiques)

### A remplir par le médecin traitant

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**

**Formulaire (2pages) à retourner à**

Prévendos – Service de Santé au Travail Multisectoriel  
32 rue Glesener L-1630 Luxembourg  
Fax : 40 09 42 512 Email : [prevendos@stm.lu](mailto:prevendos@stm.lu)