KinéPath
2e étage, N° 6, Angle boulevard Ouarzazate et boulevard El Daouha, Californie, Casablanca
0522 52 52 55 · WhatsApp 0766 68 68 78 · centrekinepath@gmail.com

Préparer mon bilan

À remplir chez vous avant la première séance, puis à apporter au cabinet

Environ 10 minutes. Toutes les réponses sont facultatives : cochez ou écrivez seulement ce que vous savez. Enregistrez le fichier sur votre appareil ou imprimez-le : le site ne reçoit rien.

1. Qui remplit ce document

Ce document est rempli par :
☐ moi, pour moi ☐ un parent, pour son enfant ☐ un proche, pour la personne soignée

Prénom et nom du patient :

Date de naissance : **Enfant de moins de 2 ans : âge en mois :**

Téléphone :

2. Pourquoi vous venez

Vous venez pour :
☐ Os et fractures ☐ Rhumatismes et articulations ☐ Rééducation sportive ☐ Paralysies et système nerveux
☐ Enfants ☐ Respiratoire ☐ Pré et post-natal, incontinence ☐ Posture et équilibre ☐ Drainage lymphatique
☐ autre :

Un médecin vous a-t-il adressé au cabinet ? ☐ oui, Dr ☐ non

Avez-vous une ordonnance ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

3. Où et depuis quand

Où avez-vous mal ou êtes-vous gêné(e) ? (plusieurs choix possibles)
☐ Tête et visage ☐ Cou ☐ Nuque ☐ Épaule ☐ Respiration ☐ Coude et main ☐ Haut du dos
☐ Bas du dos ☐ Bassin et périnée ☐ Hanche ☐ Fessier et hanche ☐ Cuisse et mollet ☐ Genou
☐ Cheville et pied ☐ ailleurs :

Depuis quand ?
☐ je ne sais pas ☐ moins d'une semaine ☐ 1 à 4 semaines ☐ 1 à 3 mois ☐ plus de 3 mois

Comment cela a-t-il commencé ?
☐ après une chute, un choc ou un accident ☐ après une opération ☐ peu à peu, sans raison connue
☐ je ne sais pas

Depuis le début, cela : ☐ va mieux ☐ ne change pas ☐ va moins bien

Est-ce déjà arrivé avant ? ☐ oui ☐ non

4. La douleur

0 = aucune douleur, 10 = la pire douleur imaginable.

Cette semaine, votre douleur la plus forte (0 à 10) :

Cette semaine, votre douleur la plus faible (0 à 10) :

5. Ce qui est difficile au quotidien

Jusqu'à 3 activités que vous avez du mal à faire à cause de ce problème (exemples : monter un escalier, porter un enfant, dormir sur le côté). Pour chacune, une note de 0 (je n'y arrive pas du tout) à 10 (comme avant).

1. /10
2. /10
3. /10

6. Votre santé

Maladies connues :

Opérations (lesquelles, quand) :

Êtes-vous tombé(e) au cours des 12 derniers mois ? ☐ non ☐ oui, nombre de fois :

Médicaments que vous prenez :
☐ j'apporte mon ordonnance ou ma liste ☐ je les écris :

Prenez-vous ou avez-vous pris longtemps de la cortisone (corticoïdes) ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Prenez-vous des médicaments pour dormir ou contre l'anxiété ? ☐ oui ☐ non

Examens déjà faits (à apporter) :
☐ radio ☐ IRM ☐ échographie ☐ scanner ☐ compte rendu du médecin ☐ aucun

Avez-vous déjà eu des séances de kinésithérapie pour ce problème ? ☐ oui ☐ non

7. Signes à ne pas laisser attendre

Avez-vous une douleur qui ne se calme pas au repos, ou qui vous réveille la nuit ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous de la fièvre, ou une fatigue inhabituelle ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous perdu du poids sans le vouloir ces derniers mois ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous, ou avez-vous eu, un cancer ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous fait une chute ou reçu un choc important récemment ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous de l'ostéoporose, ou déjà eu une fracture sans gros choc ? ☐ oui ☐ non ☐ je ne sais pas

Sentez-vous des fourmillements, ou moins bien, entre les jambes (zone de la selle) ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous du mal à uriner, ou des fuites d'urine ou de selles nouvelles ? ☐ oui ☐ non

Une jambe devient-elle de plus en plus faible, ou la douleur descend-elle dans les deux jambes ? ☐ oui ☐ non

Si vous avez répondu « oui »
N'attendez pas votre séance : appelez votre médecin. Si vous avez du mal à uriner, des fuites nouvelles ou des fourmillements entre les jambes, allez aux urgences.

8. Votre vie de tous les jours

Votre travail ou votre activité principale :
☐ plutôt assis(e) ☐ debout ou en mouvement ☐ port de charges ☐ sans activité professionnelle

Êtes-vous en arrêt de travail à cause de ce problème ? ☐ oui ☐ non

Avez-vous peur que bouger aggrave votre problème ? ☐ pas du tout ☐ un peu ☐ beaucoup

En ce moment, vous vous sentez stressé(e) ou découragé(e) : ☐ pas du tout ☐ un peu ☐ beaucoup

Pensez-vous que votre problème va s'améliorer ? ☐ oui ☐ je ne sais pas ☐ non

9. Vos attentes et vos questions

Qu'attendez-vous des séances ?

Vos questions pour la kinésithérapeute :

10. Si c'est pour votre enfant

Votre lien avec l'enfant : ☐ mère ☐ père ☐ autre :

L'enfant est né : ☐ à terme ☐ avant terme, semaines : ☐ je ne sais pas

Ce qu'il sait déjà faire :
☐ tenir sa tête ☐ se retourner ☐ s'asseoir seul ☐ se déplacer seul ☐ marcher seul

11. Ce qu'il faut apporter

À apporter :
☐ ce document ☐ votre ordonnance ☐ vos radios, IRM ou échographies ☐ les comptes rendus de votre médecin
☐ vos papiers d'assurance maladie ☐ une tenue confortable

Vos informations
Ce document sert à préparer votre premier bilan au cabinet KinéPath. Toutes les réponses sont facultatives. Le site ne reçoit rien : vous apportez ce document ou vous le montrez au cabinet. Il est lu par la kinésithérapeute, tenue au secret professionnel. Vous pouvez demander au cabinet d'y accéder, de le corriger ou de ne plus l'utiliser.