

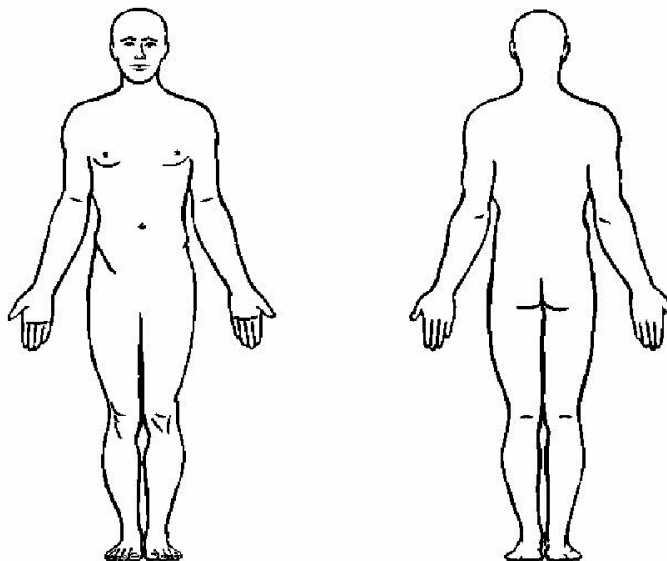
QUESTIONNAIRE

- Age : \_\_\_\_\_ ans
- Profession : \_\_\_\_\_
- Etes-vous enceinte ?  oui  non
- Etes-vous diabétique ?  oui  non
- Etes-vous allergique ?  oui  non  
Si oui, à quoi ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous des problèmes lorsque vous mangez des fraises ou du poisson ?  oui  non
- Etes-vous sous anticoagulant (Plavix, Sintrom, Aspirine-cardio) ?  oui  non
- Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?  oui  non
- Avez-vous gonflé ou pris du poids récemment ?  oui  non
- Depuis quand avez-vous ces douleurs ? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà subi cet examen ?  oui  non Combien de fois ? \_\_\_\_\_ fois

- Si vous quantifiez votre douleur de 0 à 10, où 0 est l'absence totale de douleurs et 10 une douleur insupportable, quel chiffre quantifierait votre douleur à ce jour ?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

- Représentez le lieu de votre souffrance avec une croix et dessinez le trajet de la douleur irradiante, notamment dans les jambes ou les bras :



Nom et prénom .....SIGNATURE .....

- Indiquez la liste de vos médicaments : \_\_\_\_\_