



## Fiche d'évaluation

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Matricule de Caisse Nationale de Santé : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

Brève description du problème : \_\_\_\_\_

Depuis quand : \_\_\_\_\_

Ce qui soulage : \_\_\_\_\_

Ce qui aggrave : \_\_\_\_\_

Médicaments pris : \_\_\_\_\_

Échelle de douleur de 0 à 10 : \_\_\_\_\_

Vous pouvez entourer  
les zones à traiter sur  
ce schéma :

