



Bilan diagnostic kiné (1/2)

Douleur latérale de hanche

Date :

VOUS

Nom et prénom :

Sexe : Masculin Féminin

Femme ménopausée : Oui Non

Traitement hormonal :

Age :

Métier :

Sports / loisirs :

Prenez vous des produits dopants : Oui Non

Si oui lesquels :

Etes-vous atteint d'une affection longue durée (ALD) : Oui Non

Si oui laquelle (lesquelles) :

VOTRE DOULEUR

Date d'apparition de votre douleur :

Contexte d'apparition de votre douleur :

Faites vous l'objet d'un AT : Oui Non

Activités qui déclenchent votre douleur aujourd'hui :

Ce que vous faites pour calmer la douleur :

Avez-vous eu une infiltration : Oui Non

Si Oui à quelle date :

Si Oui, était-ce une injection de corticoïdes : Oui Non

FDR

Avez-vous fait des examens complémentaires :

Radiographies

Echographie

Scanner / IRM

Avez-vous vu des professionnels de santé sur votre parcours :

Médecin spécialiste

Si Oui le(s)quel(s) :

Kinésithérapeute

Si Oui quel type de traitement :

Autre :

QUOTIDIEN

Dans la journée, vous êtes :

Plutôt assis

Plutôt debout

Vous piétinez beaucoup

Vous portez beaucoup de poids

La nuit, vous dormez :

Sur le dos et / ou sur le ventre

Sur le côté droit et / ou gauche

La douleur vous limite dans vos positions

IMAGERIE

Au cours des 2 dernières années, avez-vous pris des traitements :

Antibiotiques (fluoroquinolones)

Dans le cadre d'un cancer du sein

Actuellement présentez-vous :

Une hyperlipidémie (traitement par statines)

Un surpoids

AUTRE