

Formulaire à compléter **AVANT votre Rendez-vous et à remettre au médecin**
Vous pouvez en transmettre une copie par courriel : cabinet@delhaye.pro
Merci.

Date de l'examen :

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone / GSM

Adresse e-mail :

Distance kilométrique parcourue aller-retour(pour venir à la consultation) : Km

En voiture ?

Prix du billet de train, bus :

Date de naissance :

Nationalité :

Langue et connaissance linguistique :

Etat civil (marié, divorcé ..):

Enfants :

Type de permis de conduire :

Connaissez vous votre taille ?

Votre poids ?

Gaucher ou Droitier ?

Etudes scolaires suivies (diplômé ou non, cours du soir...)

Formation professionnelle (ex : A3, mécanique, via l'ONEM, etc...)

Professions ou métiers antérieurs depuis le début de la carrière professionnelle en précisant la fonction, la durée, l'employeur et la raison du changement (au besoin utiliser le verso de cette feuille).

Profession et/ou fonction au moment de l'accident :

**Pratiquez-vous régulièrement
un sport ? hobby lesquels ?**

**Avez-vous déjà eu d'autres accidents ? (de travail, de sport ... de voiture)
des opérations chirurgicales ?**

- type d'accident (travail, de circulation, privé)

-

Si oui préciser :

- Année :

- lésions (fracture, entorse...) et traitements :

- pourcentage d'invalidité et le nom de la compagnie d'assurances :

Date de l'accident de Travail :

Heure de L'accident : Horaire de Travail le jour de l'accident :

Circonstances précises de l'accident (que faisiez vous ? que s'est il passé ?):

Quels ont été vos premiers symptômes?

Evolution :

1. Avez-vous bénéficié d'une opération ? Si oui, laquelle ?
2. Kiné ? (nombre de séances, nombre de séances par semaine, depuis quand ?)
3. Médicaments ? (anti douleurs ...) Béquilles ? Attelle ? (portée jusqu'à quand ?)
4. Arrêt et reprise du travail (dates de début et de fin)?
5. Quels sont vos symptômes actuels? (douleurs? ou? tout le temps?)