

SONDAGE SUR LES MOTIFS DE CONSULTATION

Région de pratique :								Genre : F <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>			
Type de pratique :		Général <input type="checkbox"/>		Périnatalité <input type="checkbox"/>		Sportif <input type="checkbox"/>		Uro-génital <input type="checkbox"/>			
Exp. comme ostéo diplômé(e) :		0-3 ans <input type="checkbox"/>		3-5 ans <input type="checkbox"/>		5-10 ans <input type="checkbox"/>		10-15 ans <input type="checkbox"/>		15 ans + <input type="checkbox"/>	
Temps par séance :						% de pratique ostéopathe :					
Nombre total de clients pendant le sondage :				# H :		# F :		# enfants (0-14 ans) :			

PROBLÈMES MUSCULO-SQUELETTIQUES												
Douleurs du membre supérieur											Si 10+, indiquez le # exact ↓ :	
Épaule	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Coude	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Poignet et main	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Tout le membre supérieur	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleurs référées au membre supérieur	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleurs du membre inférieur											Si 10+, indiquez le # exact ↓ :	
Hanche	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Genou	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Cheville et pied	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Tout le membre inférieur	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleurs référées au membre inférieur	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleurs vertébrales et du bassin											Si 10+, indiquez le # exact ↓ :	
Douleurs cervicales	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleurs dorsales et costales	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleurs lombaires et lombo-sacrées	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleur bassin (sacro-iliaque et coccyx)	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleurs vertébrales étendues (non-spécifiques)	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autres problèmes musculo-squelettiques (indiquez le motif de consultation et le genre du sujet)												
F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				
H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				

DOULEURS OU DYSFONCTIONNEMENTS VISCÉRAUX											Si 10+, indiquez le # exact ↓ :	
Troubles digestifs	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Troubles pulmonaires et de la respiration	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Troubles gynécologiques	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autres douleurs ou dysfonctionnements viscéraux (indiquez le motif de consultation et le genre du sujet)												
F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				
H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				

DOULEURS OU DYSFONCTIONNEMENTS DE LA TÊTE										Si 10+, indiquez le # exact ↓ :		
Migraines	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Céphalées/maux de tête	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Étourdissements et/ou vertiges	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleurs du visage	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Troubles de la sphère ORL adulte	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Accompagnement à l'orthodontie	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Problèmes de l'ATM	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autres douleurs ou dysfonctionnements de la tête (indiquez le motif de consultation et le genre du sujet)												
F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				
H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				

PÉRINATALITÉ												
Femmes enceintes										Si 10+, indiquez le # exact ↓ :		
Suivi de grossesse (tous motifs confondus)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Bébés et enfants (0 à 14 ans)										Si 10+, indiquez le # exact ↓ :		
Contrôle suite à la naissance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Torticolis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Déformations du crâne (ex. plagiocéphalie)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Otites/sinusite/sphère ORL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Reflux et régurgitations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Troubles du dév. moteur	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Trouble du dév. psycho-cognitif	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Troubles pulmonaires/respiration	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Autres motifs concernant les bébés et les enfants (indiquez le motif de consultation)												

TROUBLES GÉNÉRAUX										Si 10+, indiquez le # exact ↓ :		
Fatigue	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Humeur	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Sommeil	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Douleurs chroniques et systémiques	F	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Autres troubles généraux (indiquez le motif de consultation et le genre du sujet)												
F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				
H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				

AUTRES MOTIFS DE CONSULTATION NON ENCORE CITÉS (indiquez le motif de consultation et le genre du sujet)												
F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				
H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				
F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				F <input type="checkbox"/>				
H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				H <input type="checkbox"/>				