

Parc Euromédecine  
1800, rue de Saint Priest  
34097 MONTPELLIER cedex 5  
Tél. : 04.67.61.79.79  
Fax : 04.67.61.78.56  
Mail : [ecoledudos@cl-fontfroide.fr](mailto:ecoledudos@cl-fontfroide.fr)

**REEMPLIR EN MAJUSCULES S.V.P.**

*AVIS DE CONFIDENTIALITE : L'information apparaissant dans ce document télécopié est légalement privilégiée et confidentielle. Elle est destinée à l'usage exclusif de son destinataire tel qu'identifié ci-dessus. Si ce document vous est parvenu par erreur, soyez par la présente, avisé que sa lecture, sa reproduction ou sa distribution sont strictement interdites. Vous êtes, en conséquent, prié de nous aviser immédiatement en téléphonant au 04.67.61.79.79. Veuillez, de plus, nous retourner le document immédiatement par le courrier. Nous en assumons les frais. Merci par avance.*

## DOSSIER DE PRE-ADMISSION ECOLE DU DOS

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (OU ETIQUETTE)

NOM : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Sexe : M  F

N° S.S. : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Date de naissance : .....

Mutuelle : .....

Profession : ..... N° téléphone : .....

Adresse : .....

Mail : .....

### DEMANDEUR

Nom et Prénom : .....

N° téléphone : .....

Mail : .....

**Cachet et signature du demandeur**

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

*(Partie à faire remplir par le médecin responsable du patient)*

#### Critères d'inclusion :

- Patient âgé de 18 à 65 ans : Oui  Non
- Lombalgie chronique invalidante : Oui  Non
- Absence d'indication chirurgicale ou à 6 mois post opératoire minimum : Oui  Non

#### Critères de non inclusion :

- Insuffisance cardiaque : Oui  Non
- Insuffisance respiratoire : Oui  Non
- IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> : Oui  Non
- Arthrose sévère rendant l'activité physique impossible : Oui  Non
- Périmètre de marche inférieur à 1km : Oui  Non

Traitement en cours :

Merci de joindre l'ordonnance des traitements en cours.

<b>OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE</b>
--

Encourager le patient à devenir acteur dans la prise en charge de la lombalgie chronique : Oui  Non

Favoriser le retour à la vie professionnelle : Oui  Non

Diminuer l'impact de la lombalgie chronique dans la vie quotidienne : Oui  Non

<b>COMMENTAIRES</b>
---------------------

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....