



Clinique FONTFROIDE
Rééducation et réadaptation fonctionnelle

Parc Euromédecine
1800, rue de Saint Priest
34097 MONTPELLIER cedex 5
Tél. : 04.67.61.79.79
Fax : 04.67.61.78.56
E-mail : ecoledudos@cl-fontfroide.fr

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

DEMANDEUR

Nom et Prénom : Spécialité :
N° téléphone : Mail :

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/m² : 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.

OBJECTIFS DE LA PRISE EN CHARGE

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

COMMENTAIRES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....