

Aidez-nous à prendre soin de vous

(Localisez vos douleurs et précisez leur intensité)

Nom et prénom :

Lieu :

Date :/..../.....

Le Bénéficiaire

Tête et cou

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Epaule droite

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Bras droit

Coude droit

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Main droite

Poignet droit

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Abdominaux

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Hanche droite

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Genou droit

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Pied droit

Cheville droite

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Epaule gauche

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Bras gauche

Coude gauche

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Buste et dos

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Main gauche

Poignet gauche

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Hanche gauche

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Genou gauche

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Pied gauche

Cheville gauche

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Autre(s) douleur(s)

.....

.....

.....

.....