

Outil de production de rapports

Association
chiropratique
canadienne



Canadian
Chiropractic
Association

Date de la visite : ___ / ___ / _____

Nom de famille :	Raison du rapport : Visite initiale Visite de suivi Congé Autre
Prénom :	
Date de naissance :	
Numéro d'assurance-maladie :	

Diagnostic/impression(s) clinique(s) :

Constatations :

Antécédents médicaux :

Colonne vertébrale (C /T /L)

Observations		
Amplitude de mouvement	Passif	Actif
	<input type="checkbox"/> Flexion <input type="checkbox"/> Extension <input type="checkbox"/> Flexion latérale à droite <input type="checkbox"/> Flexion latérale à gauche <input type="checkbox"/> Rotation à droite <input type="checkbox"/> Rotation à gauche	<input type="checkbox"/> Flexion <input type="checkbox"/> Extension <input type="checkbox"/> Flexion latérale à droite <input type="checkbox"/> Flexion latérale à gauche <input type="checkbox"/> Rotation à droite <input type="checkbox"/> Rotation à gauche
Examens orthopédiques		
Autres constatations connexes		

Aspects neurologiques

a. Sensibilité	Droite :	Gauche :
b. Motricité	Droite :	Gauche :
c. Réflexes	Droite :	Gauche :
d. Autre		

Mesures d'évaluation des résultats

	État normal	Suivi
Douleur	/10	/10
	État normal	Suivi
Function - Activité : Activité : Activité :		
	État normal	Suivi
Invalidité - Activité :		

Plan de traitement

	Oui (clarifiez)	Non
Manipulation/mobilisation des articulations		
Thérapie des tissus mous		
Exercices progressifs		
Information sur la douleur, conseils et réconfort		
Autres modalités		
Durée, fréquence et réévaluation		
Objectifs thérapeutiques		
Pronostic		

Recommandations et demandes :

Imagerie diagnostique : _____

Tests : _____

Recommandation : _____

Statut d'emploi : _____

Clinicien :

Date du rapport : ___/___/___

Date de réévaluation : ___/___/___