

Nom : .....Prénom .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : .....Email : .....

Profession/Scolarité : .....

Activités/Sports : .....

Adressé par : .....

## MOTIFS DE CONSULTATION

### ANAMNÈSE

ATCD - Traumatismes, opérations, Maladies, Médicaments, Traitements

### EXAMENS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

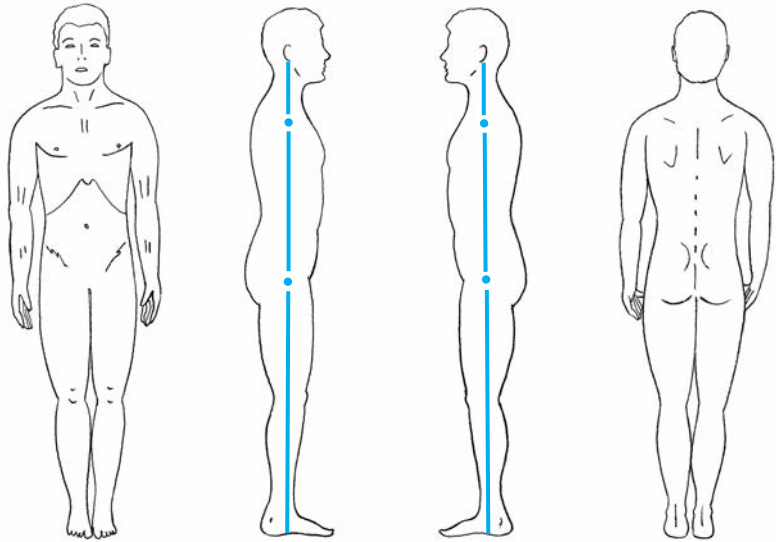
### TESTS COMPLÉMENTAIRES

## SYNTHÈSE

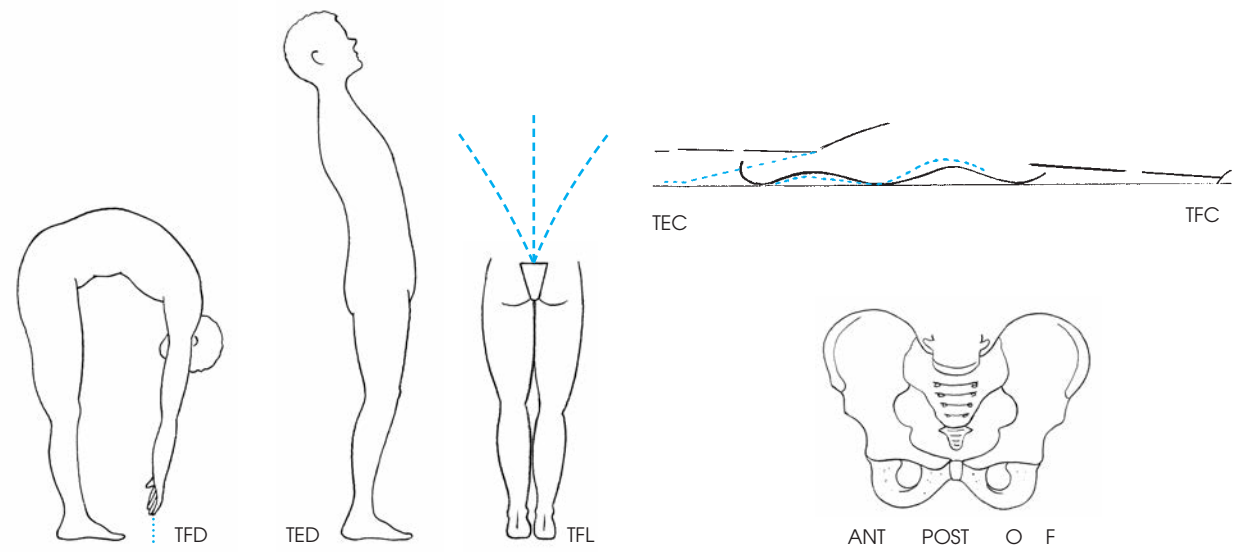
UNITÉ FONCTIONNELLE SOURCE - NIVEAUX COMPENSATOIRES

## ÉVOLUTION - RÉSULTATS

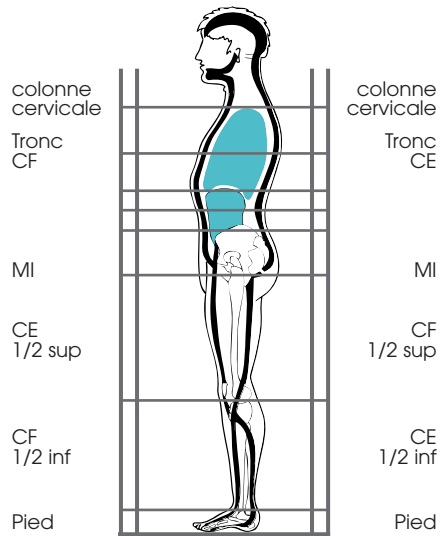
## Examen statique



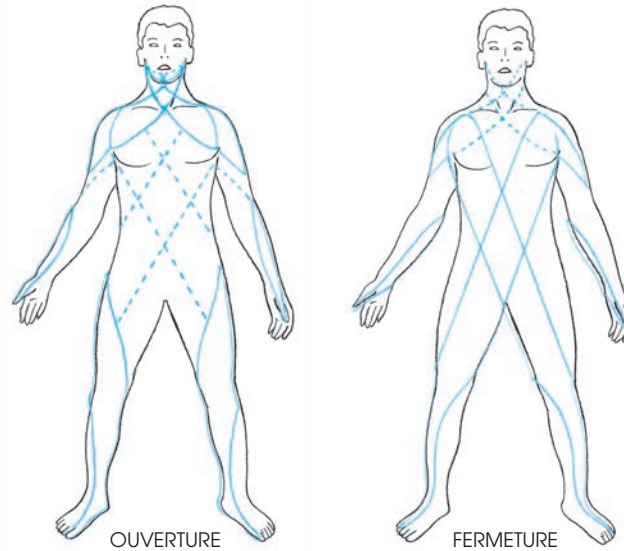
## Examen dynamique



## Chaînes de flexion et d'extension



## Chaînes croisées



## Bretelles

ANTÉRIEURES

POSTÉRIEURES

## Cadrans

