



Fiche de référencement Orthèses

*Vous pourriez aussi remplir en ligne au
consultationsamcare.com/formulaires*

Nom du patient : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

RAMQ : _____ Exp : _____

Date de naissance : _____ Taille : _____ Poids : _____

Occupation : _____

Activités sportives : _____

Antécédents personnels : _____

Antécédents traumatismes : _____
(douleurs musculosquelettiques)

Antécédents chirurgies : _____

Médicaments : _____

Main dominante : Droitier Gaucher

Type d'orthèse : _____

But de l'orthèse : _____

Évaluation de l'orthésiste : _____

Date : _____