

FICHE DE PREMIÈRE VISITE — CFR

Technique de relâchement crânio-facial (Cranial Facial Release)

1. Informations personnelles

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Téléphone : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Sexe (facultatif) : _____

Situation familiale (facultatif) : _____

Enfants (facultatif) : _____

2. Historique dentaire

Avez-vous eu des soins ou interventions dentaires ? (ex. : appareil orthodontique, traitement de canal, extractions, chirurgie dentaire, problème dentaire actuel)

Êtes-vous allergique au latex ? ☐ Oui ☐ Non

Êtes-vous absolument certain(e) de ne pas être allergique au latex ? ☐ Oui ☐ Non

3. Motif de consultation et évolution des symptômes

Quel est votre symptôme principal ?

Depuis combien de temps présentez-vous ce symptôme ? (date ou période approximative)

Vos symptômes se sont-ils aggravés depuis leur apparition ? Si oui, précisez : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà reçu un traitement pour ce symptôme principal ? Si oui, lequel / lesquels ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà subi un traumatisme au niveau du visage, des joues, de la mâchoire ou de la tête ? Si oui, précisez : ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale au niveau du visage, des joues, de la mâchoire ou de la tête ? Si oui, précisez : ☐ Oui ☐ Non

4. Examens d'imagerie et particularités naso-sinusiennes

Avez-vous déjà passé des examens d'imagerie de la face ou du cou (radiographie, scanner, IRM) ? Si oui, lesquels et à quelle date ? ☐ Oui ☐ Non

Important : si vous disposez de ces examens ou de leurs comptes rendus, merci de les apporter lors de la consultation.

Avez-vous connaissance d'une particularité ou malformation naso-sinusienne (ex. : polypes, déviation de la cloison nasale) ? Si oui, précisez : ☐ Oui ☐ Non

5. Traitements antérieurs et expérience CFR

Avez-vous déjà bénéficié d'un traitement pour ces symptômes ? Si oui, lequel / lesquels ? ☐ Oui ☐ Non

Ces traitements ont-ils amélioré vos symptômes ? Si oui, de quelle manière ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà reçu un traitement de type CFR (Cranial Facial Release) ? Si oui, quand et avec quel praticien, si vous le savez ? ☐ Oui ☐ Non

Merci de compléter cette fiche avec le plus de précision possible. Ces informations aideront votre praticien à préparer votre première consultation.