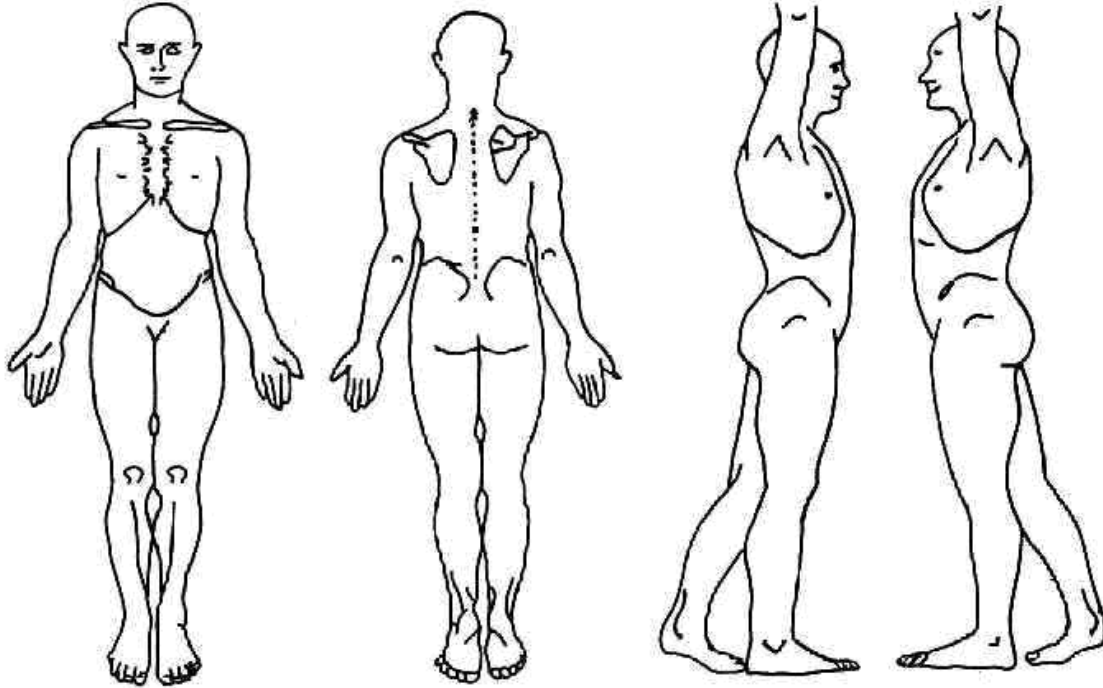


**Diagnostic / Pathologie (si présent) :**

**Age :**

**Santé générale :**

**Médicaments :**



**Pré-Traitement - Paramètres subjectif(s) / objectif(s):**

**Muscles potentiels (qui pourraient référer dans la zone de douleur) :**

**Diagnostic différentiel (autres structures potentiellement responsables) :**

**Points trigger traité(s) :**

**Twitch :**  oui  non

**Post-Traitement - Paramètres(s) subjectif(s) / objectif(s):**

**Effets secondaires éventuels / Remarques / Commentaires :**

*J'atteste sur l'honneur des informations remplies dans le formulaire ci-dessus*  
Signature :