


**PATIENT**

Nom	Prénom	Date de naissance
Adresse		
Tél. privé	Tél. prof.	Assurance

<b>DEMANDE D'EXAMEN</b>	<b>EOS</b>
<b>Examen EOS demandé:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Rachis complet</b> <input type="checkbox"/> <b>Membres inférieurs totaux</b> <input type="checkbox"/> <b>Corps entier</b>	
<input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Profil <input type="checkbox"/> Avec corset <input type="checkbox"/> Cale correctrice: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G    _____ mm	
<b>Diagnostic présumé</b> – Renseignements cliniques essentiels:	

Copie à: \_\_\_\_\_ Timbre et signature: \_\_\_\_\_

Rendez-vous le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Tournez, svp 

	PARAMETRES PELVIENS	PARAMETRES SAGITTAUX				
	Incidence pelvienne (pente sacrée + version pelvienne)	SVA (Sagittal Vertical Axis)	Cyphose Lordose	Gîte T1	Gîte T9	Angle spino-sacré
<b>Corps entier</b> Face + Profil	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Rachis total</b> Face + Profil	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Membres inférieurs totaux</b> Face + Profil	✓					

	PARAMETRES CORPS ENTIER	PARAMETRES SCOLIOSE	PARAMETRES MEMBRES INFÉRIEURS	
	Full Body Index et Flessum	Angle de Cobb	3D complète des membres inférieurs (détection des contours)	Mesures des axes
<b>Corps entier</b> Face + Profil	✓	✓	✓	OU ✓
<b>Rachis total</b> Face + Profil		✓		
<b>Membres inférieurs totaux</b> Face + Profil			✓	OU ✓