



Date:

Nom:

Prenom:

Sexe:

Date de naissance + âge:

Adresse:

Téléphone:

Profession:

Célibataire/En couple/Marié/Veuf

Venant de la part de:

Médecin traitant (+spécialiste le cas échéant):

Motif principal de consultation:

Taille:

Poids (stable? Poids min et poids max):

Activité physique (quel sport, combien de fois par semaine, durée?):

Tabac (combien/j, depuis quand, arrêts tentés?):

Alcool (quantité, quel type, depuis?):

Contraception (chimique, DIU, autre...):

Vaccins:

Opérations:

Cicatrices:

Anesthésie:

Situation dentaire:

Accidents/traumatismes:

Début des troubles:

Suite de quoi:

Médicaments utilisés (allopathiques et alternatifs):

Antécédents familiaux (tuberculose, syphilis, gale, MST, diabète, maladies cardio-vasculaires, cancer, dépressions):

Antécédents personnels:

BILAN ALIMENTAIRE

Alimentation d'origine biologique: oui / non

Matin (horaire + description aliments):



Midi (horaire + description aliments):

Collation (horaire + description aliments):

Soir (horaire + description aliments):

Boissons (ajout de sucre ou miel ou édulcorant à préciser, fréquences, quantité):

□ BILAN DES SYSTÈMES DU CORPS:

- **Système digestif:** (digestion lente, brûlures, renvois, crampes, constipation, ballonnements, diarrhées)
- **Système circulatoire:** (varices, télangiectasies, œdèmes, pieds mains froids, pression artérielle, palpitations)
- **Système génito-urinaire:** (cystites, urines fréquentes, fréquence urinaire la nuit, couleur de l'urine, calculs, bacillooses, fuites,...)
- **Système gynécologique:** (règles régulières, abondantes, douleurs, migraines, âge des 1ères règles, pilule, traitements substitutifs)
- **Système ostéo-articulaire:** (douleurs, aggravées ou améliorées par...?, maux de tête, fractures)
- **Système nerveux:** (sommeil, récupération au réveil, en forme le matin, souvenir des rêves, heures de sommeil, optimiste ou non, problèmes conjoints/enfants/famille)
- **Système cutané:** (éruption, démangeaisons, transpiration, bronzage, verrues, kystes, acné, pellicules, état des ongles et cheveux)
- **Système respiratoire:** (pathologies ORL , poumon, crachats le matin, rhinites, tabac, maladie infantile pulmonaire, asthme, dilatation des bronches, allergies...)

N'oubliez pas de venir avec vos bilans biologiques (analyse de sang, urines...) ou compte- rendus d'examens si vous en avez.