

NOM, PRENOM :

Date de Naissance :

Profession :

ANTECEDENTS FAMILIAUX : (maladies des parents)

ANTECEDENTS PERSONNELS :

Maladies :

Interventions Chirurgicales :

Grossesses, Accouchements ...

Motif de consultation :

Date (approximative) d'apparition du symptôme, signes d'accompagnements, facteurs favorisants, qu'est-ce qui apporte un soulagement ...)

SOMMEIL :

Qualité du sommeil, éventuelles difficultés (problèmes d'endormissement ? de réveils nocturnes ? réveil trop précoce ?...)

EXTREMITE CEPHALIQUE :

Souffrez de Céphalées ? de Migraines ?, si oui décrivez les .. ;

Présentez-vous des problèmes de nez, gorge, oreilles, bouche, dents ?

THORAX :

Poumons : fumez-vous ? avez-vous souffert d'asthme, de coqueluche ? avez-vous des difficultés respiratoires ?

Cœur : avez-vous une pathologie cardiaque ?

Avez-vous l'impression que par instant le cœur bat trop vite ? trop fort ??

ABDOMEN :

Avez-vous des problèmes d'estomac : crampes, brûlures d'estomac, reflux ?

Des problèmes de digestion : ballonnement, lenteur digestive ? difficultés à digérer les crudités, les laitages, les repas gras, le café, le chocolat, l'alcool ??

Le transit est-il régulier ?

APPAREIL URINAIRE :

Souffrez-vous de cystites fréquentes ? avez-vous souffert de pyélonéphrite, colique néphrétique ?

GYNECOLOGIE :

(régularité des cycles, douleurs avant, pendant les règles ??..)

APPAREIL LOCOMOTEUR :

Fragilités : entorses, lombago, torticolis , crampes, contractures, tendinites ...

AU PLAN PSYCHOLOGIQUE :

quels sont les éléments marquants de votre personnalité, vos grandes qualités, vos petits travers, vos petits défauts, comment « les autres » vous perçoivent-ils ?

Quelles motivations vous ont conduit à choisir votre métier ? en quoi vous permet-il de vous épanouir ? (et quelquefois quels difficultés rencontrez-vous dans son exercice ?)...