

ANAMNÈSE CONFIDENTIELLE

COORDONNEES :

Prénom- Nom :
Adresse :
Tel :
mail:
Age :
Date de naissance :

DONNEES PERSONNELLES :

Situation Familiale Couple - célibataire - marié(e)- divorcé(e) - veuf(ve)
Enfants : Ages :
Profession :
Loisirs / Vacances ?
Exercices Physiques :
Fréquence et nbre d'heures / sem:

Taille :
Poids :
Ce poids vous convient-il ? Poids idéal ?

MOTIF DE LA CONSULTATION :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

Opérations ? Anesthésie ? Accidents ?

Médicaments en cours ?
dans le passé?
Pilule ?
Compléments alimentaires ?

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

Père
Mère
Frère
Sœur

HABITUDES ALIMENTAIRES

Allergies ? Intolérances ?
Attirance : sucré, salé?

MATIN	COLLATION	MIDI	COLLATION	SOIR

(indiquer également les boissons: café, thé, soda, bière, vin ...)

Récapitulatif boissons :

Café: Alcool/vin : Soda:

Eau : quelle eau ? (robinet, source, minérale, pétillante), Quantité l/j ?

Pain ? blanc ? complet ?

Produits laitiers ?

Qualité : Bio ? crue ? industriels ? plats préparés ?

Vous cuisinez ?

Quelle huile utilisez vous ?

Mode de cuisson ?

Plaisir à manger ?

Grignotage ?

Durée des repas ?

Ressentez vous une fatigue après les repas ?

Avez-vous un coup de pompe à 11h ? à 17 h ?

Une envie irrésistible de sucre ?

THYROÏDE :

Avez-vous des problèmes des Thyroïdes ?

si oui, Hyper ou Hypo ?

Un traitement ?

Depuis quand ?

Irritabilité / impatience ?

Prise ou perte de poids ces derniers temps ?

FATIGUE :

Est ce que vous vous sentez en forme, bonne vitalité ?

Si fatigue physique, est ce qu'elle perdure ?

Est ce que quand vous vous reposez après une bonne nuit, ça va mieux ?

Comment vous vous épuisez? cause ?

SYSTEME DIGESTIF :

Avez vous des problèmes de digestion ?

Bouche : mastiquez-vous suffisamment ? traitement dentaire ? suivi régulier
dentiste? amalgame ? caries ? aphtes? saignement gencives?
langue chargée?

Estomac : brûlure? douleur ? reflux ? renvois ?

Intestin G : ballonnement après les repas ? douloureux ou juste gonflé?
lourdeur? gaz intestinaux ? odorants?

Gros intestin :

Combien de fois par jour ou par semaine allez-vous à la selle ?

Vos selles sont elles moulées ou déchiquetées ?

Avez vous des problèmes de constipation, de diarrhées, ou alternance ?

Vous prenez des laxatifs ou anti-diarrhée?

Foie : Mal au foie ? nausées ? migraines ? difficulté à supporter certaines odeurs ?
Avez-vous eu des hépatites ?
Ablation de la vésicule ?

SYSTEME RESPIRATOIRE

Troubles ORL fréquents ou saisonniers ?
(rhume, rhino, bronchites, otites, sinusites, angines)?

Toux ?mucosités?

Allergies particulières (Pollen, acariens...)? depuis quand ? traitement ?

Asthme ?

Vous fumez ? depuis quand ? combien ?

SYSTEME CIRCULATOIRE

- Retour veineux : Jambes lourdes/ gonflées l'été ? Varices? Hémorroïdes ?
Phlébite ? Frilosité aux extrémités ?

- Lymphatique : douleur aux ganglions ? (gorge et Aisne) oedèmes ? rétention d'eau ?

SYSTEME CARDIO VASCULAIRE

Hypertension? Hypotension? Cholesterol ? Essoufflement ? Palpitation cardiaque ?

PEAU ET PHANERES

- PEAU : Avez vous des problèmes de peau ?
eczéma, urticaire, psoriasis, acné, Zona, Mycoses, verrues ?

Comment les traitez-vous ?
vous transpirez facilement ?
Si non, et même à l'effort ? au soleil ?

- CHEVEUX : perte ? gras ? secs ? pellicules ?

-ONGLES: Cassants ? Dédoublés ? Mous? Striés? Tâches blanches ?
Mycoses ?

SYSTEME URINAIRE :

Avez-vous des pbles urinaires ? brulures, cystite, calculs, mycose, fuites ?
Urine du matin: claire? foncée ?

APPAREIL GENITAL

Mycose (Candida albicans) ? Herpès? MST ? Staphylocoque ? Autres ?

CYCLE:
Régulier / long Dououreux? Règles abondantes ?

SPM (syndrome pré-menstruel) : seins durs et douloureux ? changement d'humeur ?
nervosité? migraines ? crampes abdominales ? ballonnements ? envie de sucre ? acné ?

Contraception ? Pilule ? stérilet ? hormonal ou cuivre ?

GROSSESSE: comment s'est passé votre grossesse ? voie naturel ou césarienne? diabète
gestationnel ?

MENOPAUSE: depuis quand ? naturelle ou provoquée ? Troubles liés à la ménopause ?
substitut hormonal ?

PROSTATE: Urinez-vous souvent ? la nuit ?

SYSTEME OSTEO ARTICULAIRE :

Mal au dos ?
Douleurs articulaires ?
Arthrose ?
Arthrite ?
Ostéoporose ?
Sciatique ?
Fractures,
Entorses ?
Crampe ?
Courbature ?

SYSTEME NERVEUX

Comment vous sentez-vous en ce moment ?

Stressé Anxieux Heureux Déprimé Emotif Irrité fatigué en insécurité?

Si stressé ou anxieux combien sur 10 ? =

qu'elles sont vos sources de stress ? travail, famille, couple, enfants ?

Qu'est ce qui vous ressource ?

Vous arrive t-il de pleurer sans raison ?

Avez-vous quelqu'un avec qui parler ? et partager vos émotions ?

Avez-vous eu des chocs émotionnels?

Avez-vous déjà fait une dépression ?

Thérapie ?

SOMMEIL

Quelle est la qualité de votre sommeil ?

Perturbé, hachuré , Moyen, Bon, Très bon, profond ?

Problèmes d'endormissement ? depuis quand ?

Réveils nocturnes? Combien de fois ? Causes?

Insomnies ?

Prenez-vous des médicaments ou compléments alimentaires pour dormir ?

Heure coucher et heure réveil ?

La durée de votre sommeil ?

Sommeil réparateur ?

Etes-vous en forme quand vous vous levez le matin ?