

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Envoyé(e) par :

Adresse :

Profession :

Téléphone :

Portable :

Mail :

☐ Célibataire

☐ Marié(e)

☐ En couple

☐ Divorcé(e)

☐ Veuf(ve)

☐ Enfants :.....

- **Raison principale de votre consultation** :

- **Autres Raisons de votre consultation** :

- | | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|--|
| ☐ Céphalées | ☐ Migraines | ☐ Dépression | ☐ Allergies | ☐ Rhume des foins |
| ☐ Vertiges | | ☐ Problèmes de mémoire | ☐ Maladie respiratoire | ☐ Asthme |
| ☐ Fatigue | | ☐ Problèmes de concentration | ☐ Eczéma / Psoriasis / Urticaire | |
| ☐ Nervosité | | ☐ Tremblements | ☐ Coups de pompe | ☐ Fatigue chronique |
| ☐ Insomnie | ☐ Réveils | ☐ Fourmillements | ☐ Angoisses | ☐ Anxiété |
| ☐ Anorexie/Boulimie | | ☐ Névralgies (faciale, trijumeau) | ☐ Hyperactivité | |

• **Douleurs du Système Locomoteur (Musculo-squelettique)**

- | | | | | |
|---|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------|
| ☐ Sciatique | ☐ Droite | ☐ Gauche | Depuis..... | |
| ☐ Lombalgies | ☐ Droite | ☐ Gauche | Depuis..... | |
| ☐ Dorsalgies | ☐ Droite | ☐ Gauche | Depuis..... | |
| ☐ Cervicalgies | ☐ Droite | ☐ Gauche | Depuis..... | |
| ☐ Epaule | ☐ Bras/coude | ☐ Droite | ☐ Gauche | Depuis..... |
| ☐ NCB | ☐ Droite | ☐ Gauche | Depuis..... | |
| ☐ Main | ☐ Poignet | ☐ Droit | ☐ Gauche | Depuis..... |
| ☐ Genou | ☐ Droit | ☐ Gauche | Depuis..... | |
| ☐ Cheville | ☐ Pied | ☐ Droit | ☐ Gauche | Depuis..... |
| ☐ Hanche/Coxarthrose | ☐ Droite | ☐ Gauche | Depuis..... | |
| ☐ Mâchoire | ☐ Droite | ☐ Gauche | Depuis..... | |

• **Système Digestif**

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|
| ☐ Constipation | ☐ Diarrhées | ☐ Ballonnements | ☐ Gaz |
| ☐ Digestion Lente et Difficile | | ☐ Régurgitations Gastro-œsophagiennes (Reflux) | |
| ☐ Brûlures d'estomac (Ulcère) | | ☐ Problèmes de Foie | ☐ Vésicule Biliaire |
| ☐ Nausées | | ☐ Hémorroïdes | |

• **Système Cardiovasculaire**

- | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Pacemaker | ☐ Tachycardie | ☐ Bradycardie | | | |
| ☐ Chutes de tension | ☐ Hypertension | ☐ Hypotension | | | |
| ☐ Artérite | ☐ Varices | ☐ Artériosclérose | ☐ Arythmie | | |
| ☐ Jambes lourdes | ☐ Gonflées : | ☐ Le Matin | ☐ Le Soir | Depuis..... | |
| ☐ Thrombose veineuse profonde | | ☐ Crampes : | ☐ Le Matin | ☐ Le Soir | ☐ La Nuit |

• Système Hormonal & Génital

- | | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|---|---|
| ☐ Thyroïde | ☐ Hypo | ☐ Hyper | ☐ Syndrome Prémenstruel | ☐ Règles irrégulières |
| ☐ Perte de Libido | | | ☐ Endométriose | ☐ Règles douloureuses |
| ☐ Stérilité | | | ☐ Ménopause | ☐ Aménorrhées |
| ☐ Utérus | | | ☐ Ovaires | ☐ Infections vaginales / urétrales |
| ☐ Kystes | | | ☐ Kystes | |
| ☐ Seins | ☐ Kystes | | ☐ Prostate / ☐ Testicules | ☐ Andropause |

• Système Urinaire

- ☐ Vessie (se lève la nuit pour urinerfois)
- ☐ Cystites / Infections urinaires ☐ à répétition
- ☐ Enurésie (pipi au lit) ☐ Incontinence (impossibilité de se retenir)
- ☐ Problèmes rénaux (calculs, pyélonéphrite, colique néphrétique) ☐ Insuffisance rénale

• Système respiratoire

- ☐ Fumeur(euse) Nombre de cigarettes par jour :
- ☐ Oppression ☐ Difficulté à monter les escaliers (une pente)
- ☐ Respiration courte ☐ Toux ☐ Chronique Depuis.....

• Système O.R.L

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|-------------|
| ☐ Sinusites | ☐ Fréquentes | ☐ à répétition | Depuis..... |
| ☐ Otites | ☐ Fréquentes | ☐ à répétition | Depuis..... |
| ☐ Rhinopharyngites | ☐ Fréquentes | ☐ à répétition | Depuis..... |
| ☐ Amygdalites | ☐ Fréquentes | ☐ à répétition | Depuis..... |
| ☐ Glaires | ☐ Matinaux | ☐ Toute la journée | Depuis..... |
| ☐ Acouphènes ☐ Droite | ☐ Gauche | ☐ Bilatérale | Depuis..... |

- Analyses :

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Cholestérol | ☐ Lipidémie | ☐ Triglycérides | ☐ Candida Albicans / Parasites |
| ☐ Glycémie (Diabète) | ☐ Acide Urique | ☐ Créatinine | ☐ Gamma GT ☐ Transaminases |
| ☐ Anémie | ☐ Fer | ☐ Hormones | ☐ Autres : |

- Interventions chirurgicales :

- Maladies connues (présentes ou passées) :

- Accidents / Chutes/ Fractures :

- Liste des médicaments que vous prenez en ce moment :