



## Anamnèse

Afin de faciliter votre prise en charge merci de remplir – s'il y a lieu – les cases grisées ci-dessous

NOM, Prénom Adresse complète Date naissance Assurance compl. Mail No de tél			
<b>MODE DE VIE &amp; ENVIRONNEMENT</b>			
<u>Hydratation</u> nombre de verres d'eau/tisane bus par jour :			
<u>Ressources</u> Ex : méditation, loisirs, vie spirituelle, sport, etc. :			
<u>Situation professionnelle</u> :			
<b>ENFANTS (en gestation ou déjà nés)</b>	<b>Prénom</b>	<b>En (année) :</b>	<b>Type d'accouchement</b>
	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
	3)	3)	3)
<b>HISTORIQUE</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>En (année) :</b>	<b>Médicaments</b>
<u>Opérations</u> (nom ou description) :	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
	3)	3)	3)
<u>Accidents</u> (mot-clé) :	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
	3)	3)	3)
<b>Souffrez-vous de pathologies du...</b>	<b>Quoi ?</b>	<b>En/depuis :</b>	<b>Médicaments</b>
<u>Système nerveux</u> Ex : AVC, épilepsie, céphalée, migraine, etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
<u>Système respiratoire</u> Ex : asthme, BPCO, sinusite, pneumonie, etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
<u>Système cardio-vasculaire</u> Ex : HTA, hypotension, infarctus, angor, pacemaker, hémophilie, anémie, œdèmes, etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
	3)	3)	3)
<u>Système digestif</u> Ex : constipation, diarrhée, flatulences, cœliaquie, reflux, brûlures estomac, etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
	3)	3)	3)
<u>Système rénal</u> Ex : infections, dialyse, etc.	1)	1)	1)
<u>Système hépatique</u> Ex : diabète, cirrhose, lithiases biliaires, etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
<u>Système génital</u> Ex : mycoses, infertilité, etc	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
<u>Système immunitaire</u> Ex : HIV, hépatite, cancer, troubles thyroïdiens, etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
<u>Système locomoteur</u> Ex : trouble articulaire ou tendino-musculaire, ostéoporose, rhumatismes, hernies, arthrose, arthrite, etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
<u>Equilibre émotionnel</u> Ex : angoisses, stress, dépression, burn-out, phobies, etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
<u>Sommeil</u> Ex : insomnie, cauchemars, apnées du sommeil, difficulté endormissement, etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)
<u>Dépendances</u> Ex : tabac, alcool, substances, etc	1)	1)	1)



	2)	2)	2)
<u>Allergies/Intolérances</u> Ex : rhume de foins, latex, alimentaires etc.	1)	1)	1)
	2)	2)	2)

La personne soussignée confirme avoir complété le présent questionnaire conformément à la vérité

Lieu et date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_