

Nom:

Prénom:

Adresse:

Tel:

Courriel/e-mail:

Age:

Emploi :

Mutualité :

Qui vous a envoyé

Quelle est la plainte principale

Avez-vous des douleurs lombaires

Avez-vous des genoux endoloris ou fatigués

Avez-vous des douleurs dans le cou

Souffrez-vous d'acouphènes ou de surdité

Devez-vous souvent uriner

Devez-vous vous réveiller la nuit pour uriner

Rencontrez-vous des problèmes sexuels dans votre couple

Etes-vous souvent anxieux

Avez-vous des palpitations

Quelle est la qualité de votre sommeil (sommeil profond / sensible)

Pouvez-vous bien mémoriser/vous concentrer

Avez-vous généralement trop froid

Avez-vous froid aux pieds ou les mains froides ou les deux

Avez-vous généralement trop chaud

Avez-vous chaud la nuit

Transpirez-vous la nuit

Vous arrive-t-il de sortir les pieds hors du lit la nuit

Vous avez souvent soif, buvez-vous beaucoup, Avez-vous besoin de boissons rafraichissantes

Souffrez-vous de maux de tête, quelle est la fréquence

Où précisément avez-vous mal à la tête (dans quelle partie?)

Vous sentez-vous irritable

Vous fâchez-vous facilement

Soupirez-vous beaucoup

Avez-vous un goût amer en bouche

Avez-vous parfois une pression à la poitrine

Vous sentez-vous léthargique, déprimé

Souffrez-vous des yeux (brulure, douleur)

Voyez-vous bien

Voyez-vous flou le soir

Avez-vous des difficultés pour démarrer la journée

Avez-vous les ongles cassants

Perdez-vous vos cheveux

Avez-vous des raideurs musculaires

Souffrez-vous de vertiges

Avez-vous de l'appétit

Comment sont vos selles: trop dur, trop molle, alternance, diarrhée, constipation chronique

Souffrez-vous souvent de fatigue

Avez-vous souvent besoin de vous allonger

Souffrez-vous de douleurs à l'estomac et / ou des régurgitations acides

Souffrez-vous de ballonnements au niveau de l'abdomen

Souffrez-vous de jambes lourdes

Etes-vous souvent soucieux

Avez-vous facilement des bleus

Saignez-vous facilement du nez

Souffrez-vous des mamelons

Avez-vous des douleurs dans les articulations

Quelles articulations en particulier

Attrapez-vous facilement froid

Êtes-vous souvent malade

Transpirez-vous facilement au moindre effort

Etes-vous facilement triste

Toussez-vous beaucoup

Avez-vous la peau sèche

Souffrez-vous d'éruptions cutanées

Si oui, dans quels lieux

Souffrez-vous de démangeaisons

Prenez-vous des médicaments et / ou avez-vous des implants (pacemakers) ..., le cas échéant lequel

Uniquement pour Mesdames:

Votre cycle est-il régulier

Les pertes comportent-elles des caillots de sang

Souffrez-vous de douleurs abdominales prémenstruelle

Avez-vous des maux de tête prémenstruelle

Avez-vous les seins ankylosés avant vos règles

Souffrez-vous d'infertilité

Habitudes nutritionnelles:

Mangez-vous beaucoup de légumes crus, fruits tropicaux, du sucre, du fromage, de la viande, l'alcool, d'aliments frits

Je, soussigné, autorise de mon plein gré à me faire soigner/traiter

Je souhaite / ne souhaite pas que mon médecin (biffer la mention inutile) soit éventuellement consulté.

Signature,