

# **ANTECEDENTS MEDICAUX / ANAMNESE**

<b>Patient :</b>	<b>Date de Naissance :</b>	<b>Date :</b>
<b>Taille :</b>	<b>Poids :</b>	
<b>Antécédents médicaux personnels (y compris les dates) :</b>		
Naissance : Enfance : Chirurgie : Hospitalisations : Maladies :		
<b>Antécédents médicaux familiaux (y compris les dates) :</b>		
Mère (âge) : Père (âge) : Grands-parents :		
		Enfants (sexe/âge): Frères & Sœurs :
Autres :		
<b>État actuel de la santé :</b>		
Plaintes (lister par ordre d'importance / dates) :  		
Digestion : Ballonnements : Brûlures d'estomac : Nausées :	Douleurs abdominales : Fréquence des selles : Qualité des selles : Aliments non-digérés dans les selles :	
Sommeil : Mémoire : Concentration : Stress :	Motivation : Humeur : Anxiété : Dépression :	
Peau : Cheveux : Ongles : Aphte(s) : Dents :	Eczéma : Acné : Herpes : Psoriasis : Gencives :	
Infections fréquentes : Etat des yeux : Articulations : Prise de poids :	Colonne vertébrale : Circulation sanguine : Syndrome prémenstruel : Perte de poids :	
Allergies respiratoires :	Allergies aux aliments :	
Médicaments actuels :		
Compléments actuels :		
Contraception :	Risques toxiques (cosmétiques inclus) :	
	Dons de sang :	
Intolérances médicamenteuses :		