

# ANTECEDENTS MEDICAUX / ANAMNESE

<b>Patient :</b>		<b>DN :</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 :			