

Questionnaire premier rendez-vous

Nom /Prénom :

Date :

Âge/ Poids (Variation)/ Taille :

Téléphone :

Email :

Profession :

Médecin : Dr.

Prescripteur :

Enfant(s) / Âge :

Merci de bien vouloir entourer les réponses positives et de préciser dans la case si besoin

Pourquoi venez-vous faire cette séance ? Prévention - Digestif - Fatigue - Douleur(s)	Autre :
Trouble(s) digestif(s) Ballonnements - Douleurs abdominales Sensation d'estomac plein / Reflux gastrique / Rots Migraines - Prise de poids / Perte de poids Alternance de nature des selles Diarrhée ou selles molles / Constipation Sang dans les selles / Glaires dans les selles Stéatose hépatique / Diverticules	
Terrain allergique Bronchiolite enfant - Eczéma / Urticaire / Asthme Allergie au pollen, poils, poussière, piqûres d'insectes... Allergies à certains médicaments – Intolérance(s) alimentaire(s)	
Terrain infectieux Rhume - Angine - Bronchite - Sinusite - Otite Herpès labial ou génital - Aphtes - Gingivites - Parasites Maladies parodontale - Saignements gencives Hépatites virales - Langue : Épaisse / Fissurée / Pâteuse Tendance aux caries /absence de caries Tendance au tartre / absence de tartre Virus : HSV 1 et 2 - EBV - CMV - HPV - Zona ATCD de Mononucléose infectieuse - Varicelle - Rougeole Oreillons - Rubéole - Roséole - Scarlatine - Ganglions Helicobacter Pylori - Acné sévère - Mycoses fréquentes Infections urinaires fréquentes - Fragilité pulmonaire Réaction intense ou nulle au BCG ou intradermique	

<p>Antécédents familiaux</p> <p>Père / Mère Frère(s)/Sœur(s)</p> <p>Grand-père/ Grand-mère</p>	
<p>Antécédents médicaux</p> <p>Pathologie(s) enfant - Hypertension, cholestérol, diabète</p> <p>Cardio-vasculaire dont veineux (phlébite, embolie pulmonaire)</p> <p>Cancer - Ostéoporose - Ulcère gastroduodéal - Hernie(s)</p> <p>Problème(s) gynécologique</p>	
<p>Etat général</p> <p>Fatigue (entre 1 et 10) - Difficultés à l'endormissement</p> <p>Réveils nocturnes (Heure ?) - Fatigue au réveil</p> <p>Tendance dépressive - Acouphènes - Vertiges - Tremblements</p> <p>Paresthésies - Troubles visuels</p>	
<p>Maladie(s) actuelle(s)</p> <p>Auto-immune(s) - Thyroïde - Articulations - Psoriasis - Crohn ou Rectocolite Hémorragique - Sclérose en plaque - Fibromyalgie</p> <p>Lyme - Cancer(s) - Malnutrition / Malabsorption / Carence(s)</p>	Autre :
<p>Traitements actuel – Médicament(s)</p> <p>Antibiothérapies répétées - Roaccutane® (Isotrétinoïde)</p>	Autre :
<p>Complément(s) alimentaire(s) (dont vitamines, probiotiques...)</p> <p>Huiles essentielles par voie orale</p> <p>Argent colloïdal - Lavements / Hydrothérapie du côlon</p> <p>Cure de Clarke hépatique</p>	Autre :
<p>Éruption cutanée, cheveux, ongles</p>	
<p>Type d'alimentation</p> <p>Pas de restriction - Faible en lactose - Faible en gluten</p> <p>Faible en FODMAPs - Végétarisme - Prise de boisson gazeuse</p> <p>Alcool > 2 verres de vin/semaine - Jeun(s) ou mono-diètes</p>	
<p>Activité Physique</p> <p>Aucune - Moins de 3 fois 1/2h par semaine</p> <p>Plus de 1/2h par semaine - Sudation pendant le sport</p> <p>Piscine - Sauna</p>	
<p>Examen(s) complémentaire(s)</p> <p>(Veuillez les APPORTER et les CLASSER s'ils ont moins de 3 ans)</p> <p>Comptes rendus médicaux / Biologique</p>	
<p>Autre(s) sujet(s) :</p> <p>Date/Signature :</p>	