**Merci d’avoir télécharger cette anamneses/ Questionnaire qui me sera utile pour mieux vous conseiller et comprendre votre constitution globale.**

**Envoyez moi ce document rempli suivant vos préferences personnelles, ces informations restent confidentielles et ne seront pas utilisées dans un autre function que celle prévue en consultation ou conseils de naturopathie.**

 **Pour répondre aux questions , vous pouvez entourer la réponse ou barrer ce qui ne vous concerne pas, compléter et ajouter des remarques.**

**Homme / Femme**

**E-mail: Prénom / Nom :**

**DATE DE NAISSANCE:**

**SITUATION FAMILIALE:**

Avez-vous des frères et soeurs? OUI NON Si oui, combien?

Etes-vous: célibataire / en couple.

Avez-vous des enfants: OUI NON Si oui, combien? Age(s)?

**ACTIVITE PROFESSIONNELLE / ETUDES / RETRAITE:**

**LOISIRS / ACTIVITE PHYSIQUE:**

**MOTIF DE LA VISITE:**

Etes-vous **VACCINE(E)**? OUI NON

Avez-vous des **AMALGAMES DENTAIRES**? OUI NON

Etes-vous **FUMEUR**? OUI NON

Etes-vous ou avez-vous été exposé(e) à des **polluants**, **produits toxiques** dans votre profession ou votre environnement?

OUI NON

Si oui, lesquels?

Avez-vous subi une ou plusieurs **INTERVENTIONS CHIRURGICALES?**

OUI NON

Si oui, combien?

Pour quelle(s) raison(s)?

**ANESTHESIES:** générale(s) / locale(s).

**SUIVI ET ANTECEDENTS MEDICAUX:**

Pathologies passées et/ou actuelles:

Traitements passés et/ou en cours:

 (CONTRACEPTIF COMPRIS)

**ANTECEDENTS FAMILIAUX:**

Cholestérol, hypertension, diabète, AVC, cancers, maladies auto-immunes, maladies neuro-dégénératives, dérèglement thyroïdien…

Père Mère Soeur

Grand-père paternel GPM Frère

Grand-mère paternelle GMM

**VOTRE NAISSANCE**?

 voie naturelle / césarienne / forceps / cordon autour du cou / ne sait pas

Autre(s) complication(s):

Avez-vous été **allaité(e)**? OUI NON.

**VOTRE DIGESTION...**

Grignotez-vous? OUI NON

Si oui: sucré / sale

**Pensez-vous à bien mastiquer les aliments?** OUI NON

**Vos dents,** sont-elles..? sensibles / fragiles / cariées - RAS.

**Vos gencives,** sont-elles..? douloureuses / saignantes - RAS.

**Avez-vous des** **aphtes**? OUI NON

**Votre digestion, est-elle..?**

 bonne / lente / douloureuse

avec ballonnements / gaz / acidité / lourdeur / remontées acides – RAS

**Votre transit:**

**Votre transit est-il régulier?** OUI NON

Si non: constipation / diarrhées / alternances.

**En dehors de la digestion avez-vous des..?**

 douleurs / spasmes / brûlures / remontées acides - RAS.

**VOTRE CIRCULATION...**

Avez-vous les jambes lourdes? OUI NON

qui gonflent? OUI NON

Avez-vous des vaisseaux apparents? OUI NON des varices? OUI NON

Avez-vous des hémorroïdes? OUI NON des démangeaisons? OUI NON

Etes-vous frileux(se)? OUI NON

Avez-vous les extrémités froides (doigts, pieds, nez)? OUI NON

Quelles est votre tension artérielle en règle générale?

Souffrez-vous de: migraines / céphalées.

Si oui, quelle fréquence?

Avez-vous des troubles de l’attention / concentration? OUI NON

Avez-vous des troubles de la mémoire? OUI NON

**VOTRE SOMMEIL...**

Considérez-vous que votre sommeil soit récupérateur? OUI NON

Faîtes-vous de l’insomnie? OUI NON

Vous endormez-vous facilement? OUI NON

Vous réveillez-vous la nuit? OUI NON Si oui, à quelle heure?

Combien d’heures en moyenne dormez-vous la nuit?

Heure du coucher: Heure du réveil:

Grincez-vous des dents? OUI NON Ronflez-vous? OUI NON

**Le MATIN:**

Vous vous sentez: plein(e) d’énergie / fatigué(e).

Vous vous considérez: “du matin” / du “soir”.

**VOTRE PEAU...**

Avez-vous une peau? sèche / grasse / qui tiraille / qui démange / sensible

Avez-vous? acné / eczéma / psoriasis / verrues / mycoses - RAS

**CHEVEUX ET CUIR CHEVELU:** secs / gras / pellicules / plaques / démangeaisons / chute / vigoureux / brillants

**ONGLES:** durs / cassants / mous / striés / dédoublés / bombés / tâches blanches.

**NEZ, GORGE, OREILLES, BRONCHES.**

Avez-vous des problèmes infectieux ? angines / rhumes / sinusites /otites / bronchites / trachéïtes - RAS

Autres: A quelle fréquence?

Souffrez-vous d’allergies saisonnières? OUI NON.

Etes-vous encombré(e) de glaires ou mucosités? OUI NON

Si oui: arrière-gorge / nez / sinus / bronches.

Etes-vous asthmatique? OUI NON

**VOTRE SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE...**

Avez-vous des douleurs au niveau? musculaire / articulaire / osseux / tendineux - RAS

Avez-vous eu? fracture(s) / entorse(s) / foulure(s)/ claquage(s) / ellongation / tendinites - RAS.

Vos mouvement sont-ils limités? OUI NON

Souffrez-vous de raideur matinale? OUI NON

Avez-vous des crampes? OUI NON

VOTRE DOS...

Avez-vous? scoliose / cyphose / lordose - RAS.

Avez-vous? douleurs / tensions / raideurs, au niveau: cervical / nuque / trapèzes / épaules / omoplates / dorsal / lombaire / sacrum - RAS.

**AU NIVEAU URINAIRE...**

Vous souffrez d’infections urinaires ou cystites: OUI NON

**MESSIEURS...**

Avez-vous une envie d’uriner fréquente? OUI NON

Votre libido est-elle satisfaisante? OUI NON

**MESDAMES...**

Votre cycle est-il régluliers? OUI NON

Vos règles sont-elles abondantes? OUI NON douloureuses? OUI NON

Souffrez-vous de syndrome prémenstruel? OUI NON

Quels troubles? douleurs bas-ventre, lombaires, seins / dépressions / irritabilité / migraine/

autres:

Avez-vous été enceinte? OUI NON

Accouchement: naturel / césarienne / épisiotomie.

Si complication, laquelle?

Etes-vous en pré-ménopause? OUI NON

 en ménopause? OUI NON

Si oui: artificielle / naturelle

Si oui, quels sont les troubles ou inconforts? bouffées de chaleur / sécheresse vaginale / irritabilité / anxiété / angoisse / insomnie / vertiges / fatigue / troubles sexuels / autres:

Souffrez-vous de mycoses vaginales? OUI NON

Autres infections gynécologiques?

Votre libido est-elle satisfaisante? OUI NON

**HUMEURS ET CARACTERE...**

Comment vous caractérisez-vous ?

Anxieux Calme Optimiste / Pessimiste Déprimé

Nerveux Serein Extraverti / Introverti Fatigué / Epuisé

Stressé Joyeux / Rieur Timide Triste

Sous pression  Bon vivant Réservé

Maniaque

Irritable Impatient

**D’autres informations a me communiquer :**