**Date :** **Anamnèse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom :**  | **Date de naissance :**  | **sexe :**  |
| **Adresse :**  |
| **Taille :** | **Poids :** | **IMC :** |
| **Groupe sanguin :** |  |  |
| **Activité professionnelle** |  |  |
| **Médecin traitant** | **Tel :** |

|  |
| --- |
| **Plainte :****Objectif :** |

**Histoire des maladies personnelles et familiales**

|  |  |
| --- | --- |
| **Mère** | **Père** |
| **Du côté maternel** | **Du côté paternel** |
| **Fratrie** |

**Historique des maladies de l’enfance du client jusqu’à aujourd’hui**

|  |  |
| --- | --- |
| **Antécédents médicaux et chirurgicaux** | **Examens :** |
| **Santé des yeux** | **Santé bucco-dentaire, appareillage** |

**Historique de la médication**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Vaccination :**  | **Médication depuis l’enfance :** |
| **Traitement médical actuel et/ou complémentation :** |

**Qualité du sommeil**

|  |
| --- |
| **Heures nécessaires, heures de coucher, levé, réveils nocturnes, sensation au réveil** |
|  |

**Histoire du cycle menstruel :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Age des premières règles** | **Régularité** | **Contraceptif** | **Syndrome prémenstruel** |
| **Sexualité** | **Ménopause** |

**Histoire alimentaire**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Allaitement**
 |  |
| * **Cantine, maison pensionnat**
 |  |
| * **Expérimentation, régimes**
 |  |
| * **Mode de préparation**
 |  |
| * **Actuellement**
 |  |
| * **Gluten**
 |  |
| * **Produits laitiers**
 |  |
| * **Produits raffinés**
 |  |
| * **Alimentation industrielle**
 |  |
| * **Alcool, tabac, thé/café, drogues**
 |  |

**Diététique des 24h + hydratation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Petit déjeuner | Collation de 10h | Déjeuner | Collation  | Dîner |
|  |  |  |  |  |

**Qualité du transit et confort intestinal (fréquence, aspect et sensations)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Histoire de l’environnement de vie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Environnement de vie et logement pendant l’enfance, vie étudiante, actuelle** | **Déménagements (traumatismes ou expérience difficile)** | **Aimez-vous l’endroit où vous vivez actuellement ?** |
|  |  |  |

**Histoire scolaire et professionnelle**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etudes (facilités/difficultés, pb de discipline, relations)** | **Travail (relation avec sup, collègues, responsabilité, stress)** |
| **Aujourd’hui** |
|  |  |

**Histoire des activités physiques et culturelles :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pratique d’un sport depuis l’enfance** | **Pratique d’une activité artistique, spirituelle** |
| **Aujourd’hui** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Observations comportementales, posturales, anatomiques (en massage et en consultation)** |