

**Nom, Prénom :**

**# RDV 1**

**Date :**

Adresse :

Tel :

Mail :

Date de naissance :

Taille :

Poids :

ZONE RÉSERVÉE AU  
PRATICIEN

Tempérament :

Lymphatique (dilaté) SP  
 Sanguin (dilaté) SP

Nerveux (rétracté) NA  
 Bilieux (rétracté) NA

---

**Motif de la visite / ressenti (psychologique et physique) :**

---

**Vie professionnelle :**

---

**Situation familiale (célibataire, marié(e), en couple, veuf(ve)... enfants) :**

**Parents et fratries :**

**Animaux domestiques :**

**Habitat (type, nuisances, pollution etc..) :**

## **Alimentation :**

- allergies alimentaires :
  - sensibilités alimentaires :
  
  - hydratation (plate, gazeuse, autres boissons que l'eau) :
  
  - thé/café :
  
  - alcool :
  
  - divers :
  
  - rapport à la nourriture :
- 

## **Votre naissance / votre enfance :**

- Naissance par voie basse / césarienne / péridurale / instrumentalisée :
  
  - Allaité(e) et durée / Lait artificiel (type) :
  
  - Vaccination :
  
  - Maladies de l'enfance / Santé générale / Évènements marquants :
- 

## **Troubles / pathologies actuelles ou anciennes :**

- peau (eczéma, psoriasis, acné, transpiration... ) :
  
- reins (calculs, infections urinaires, fréquence perturbée, difficulté à se retenir) :

- digestif (acidité estomac, reflux, colon irrité, ballonnement, ulcère, calculs, foie lent, constipation, diarrhée, nausée, fatigue après repas, douleurs...):
  
- pulmonaire (fumeur, asthme, angine, bronchite, essoufflement... ):
  
- ORL (rhinite, sinusite, angine, otite, maux gorge, maux de tête...):
  
- musculaire (douleurs, crampes, blessures... ):
  
- articulaire (arthrose, arthrite, nerf sciatique, maux de dos, douleurs... ):
  
- cœur (arythmie, infarctus, palpitations...):
  
- diabète :
- cholestérol :
- cellulite :
- circulation ( mauvaise, jambes lourdes, varices, hémorroïdes, engourdissement mains et pieds... ):
  
- dentition (caries, abcès, gencives gonflées ou fragiles, aphtes...):
  
- yeux (vision, douleurs...):
  
- vagin / utérus / seins (âge 1ères règles, dérèglement menstruel, cycle régulier ou non, flux, couleurs, mycoses, infections, douleurs, moyen contraception, ménopause...):
  
- appareil génital masculin / prostate :

- thyroïde (dérèglement...):
  - cicatrisation :
  - gonflement :
  - kystes :
- 

### **Grossesse / Accouchement / Maternité :**

- nombre grossesses / à terme :
  - préparation à l'accouchement :
  
  - déroulement grossesse (état général, activité physique/pro, diabète gestationnel, hypertension, protéinurie, complications ...):
  
  - accouchement(s) (durée, déclenchement, voie basse, césarienne, péridurale, complications...)
  
  - alimentation nourrisson (allaitement, artificiel, mixte, durée):
  
  - retour de couches :
  
  - postpartum (dépression, dérèglement hormonal, mastites, complications...):
  
  - rééducation périnée / abdominale :
- 

### **Interventions chirurgicales :**



**Traitement médical en cours / Soins divers (ostéo, acupuncture, kiné, massages....) / Allergies médicamenteuses :**

---

**Compléments alimentaires en cours :**

---

**Sports / loisirs :**

---

**Divers :**