ANTECEDENTS MEDICAUX / ANAMNESE

Patient :	**Date de Naissance :**	**Date :**
Taille :	**Poids :**	

Antécédents médicaux personnels (y compris les dates) :

Naissance :
Enfance :
Chirurgie :
Hospitalisations :
Maladies :

Antécédents médicaux familiaux (y compris les dates) :

Mère (âge) :
Père (âge) :
Grands-parents :
Enfants (sexe/âge):
Frères & Sœurs :
Autres :

État actuel de la santé :

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 : De à 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 :