

Documentation du / de la Patient-e

Date

Nom	
-----	--

Prénom	
--------	--

Date de naissance	
-------------------	--

Rue	
-----	--

Code postal / ville	
---------------------	--

Numéro de téléphone	
---------------------	--

Profession	
------------	--

Situation familiale	
---------------------	--

Assurance	
Informations significatives pour la facturation	

Pour les enfants : nom de la mère ou du père	
--	--

Points à noter en particulier :	
---------------------------------	--

Motif de la consultation :	
----------------------------	--

Traitement médicamenteux en cours	Prescription médicale : Automédication :
---	---

Troubles actuels :	
--------------------	--

Formes des troubles	Chaleur : Froid : Activité physique : Repos : Autres :
---------------------	--

Diagnostics antérieurs :	
-----------------------------	--

Fonctions de base	
Esprit / psyché	Bien-être, anxiété, peur, motivation, humeur dépressive
Vie sociale / professionnelle	Lieu de travail, logement, famille, relations
Digestion	Anamnèse relative aux selles, flatulences, vomissements, intolérance(s) alimentaire(s)
Appétit / faim	Préférences, aversion, moment des repas, quantité, satiété
Soif	De quoi ? Quantité, température de boisson préférée, alcool, café
Miction	Nycturie, incontinence, quantité, fréquence, odeur
Sommeil	Troubles de l'endormissement, troubles du sommeil, sueurs nocturnes, rêves
Menstruations	Durée du cycle, fréquence, dysménorrhée, saignements intermittents, ménopause, pilule, stérilet, etc.
Grossesse	Informations significatives relatives à une grossesse antérieure
Sexualité	Satisfaction, libido, douleur
Peau	Démangeaisons, éruptions cutanées, cheveux, cicatrices, taches cutanées, sensations anormales

Dos, articulations	Douleurs, mobilité réduite, modalités
Tête	Maux de tête ? À quel moment ? Déclencheur ? Modalités, vertiges, capacité de concentration
Sueur	Quantité, localisation, odeur, température
Équilibre thermique	Sensation de chaleur, frissons, parties du corps froides ou chaudes, bouffées de chaleur
Situation végétative	Sympathicotonie, vagotonie, dystonie
Voies respiratoires	Respiration par la bouche ou le nez, toux, mucosités, bruits, ronflements
Système cardio-vasculaire	Circulation sanguine, troubles veineux, hémorroïdes, tendance au saignement
Vaccinations	Lesquelles ? À quelle date ? Réactions ?
Thérapies antérieures	La ou lesquelles ? À quelle date ? Résultat ?

Habitudes alimentaires :

Facteurs de risque – Allergies – Maladies antérieures

Facteurs de risque

Allergies (en particulier aux médicaments et aux plantes)

Maladies
antérieures /
maladies
infantiles

Interventions
chirurgicales

Anamnèse familiale

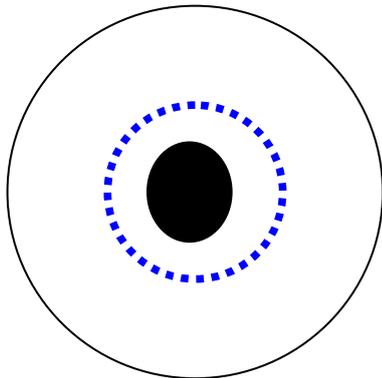
Est-ce qu'un membre de la famille a été malade ? Quelle maladie était-ce ?	
---	--

Examens

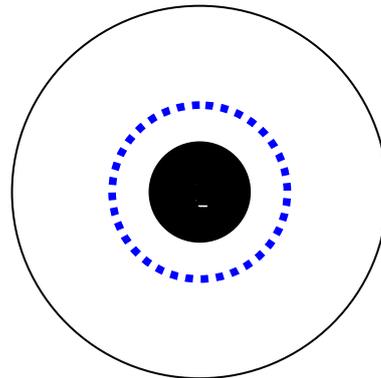
Pouls	
Tension artérielle	
Langue	
Urines	
Habitus	
Autre	

Visage	
Examen physique (voir le guide des méthodes d'examen clinique)	

Diagnostic par l'iridologie



Droite



Gauche

Caractéristiques constitutionnelles	1. 2. 3. 4. 5.
Autres signes pertinents	

Thérapie

Objectif thérapeutique de base	Constitutionnel lié aux symptômes
Instructions diététiques	
Applications	

Recettes