

Nom ..... Prénom .....  
**Date de naissance** (ou âge) ..... **Poids** : .....  
 Profession ..... **Taille** : .....  
 N° précédent PNS ..... Etat civil : .....

Motif de la consultation / Symptômes sur lesquels vous désirez agir / Diagnostic éventuel :  
 .....  
 .....

Signes cliniques d'orientation (si plusieurs choix, entourez le symptôme important) :

T. INTOX ...  Emotif : timidité, déception ...  Crampes / Spasmes  
 Coléreux  Tendinites / Périarthrite (déroutillage)  
 Frileux (mais amélioré par le mouvement)  Conjonctivite (œil rouge)  
 Anémié (Ferritine basse ?)  Hémorroïdes (sortent/saignent)

T. DYST...  Tristesse : mélancolie, pleure ...  Constipation (> à 2 jours)  
 Fatigué (et aggravé par l'exercice physique)  Varices / Cellulite  
 Infections muqueuses : pb. ORL répété (angines/otites/sinusites ...) / Bronchites ...  
 Dermatologie : Acné vulgaire / Furoncles / Mycose / Vitiligo (entourez) ...  
 Pilule contraceptive ou traitement hormonal substitutif (péri-ménopause) en cours  
 Dysménorrhée  Leucorrhées / Bartholinites

T. LYMPH ...  Anorexie / Boulimie / Régime (entourez)  Langue et haleine chargées  
 Troubles de mémoire  Diarrhée (> 3 jours et 6 selles/jour)  
 Obsessions / idées fixes  Lipomes / Verrues multiples  
 Tics /Tremblements  Mastose

T. ACID ...  Douleurs (chroniques ou répétées)  Aphtes / Gingivite / Parodontose  
 Fistule, fissure anale, ulcère variqueux ...  Aérophagie / Gastralgies / Ulcère  
 Cystites (répétées)  Herpès (récurrent) / Psoriasis  
 Hématomes faciles / Purpura

T. VASC ...  Anxiété forte / Angoisses  Hyper / hypo Tension : ...../ .....  
 Insomniaque (1<sup>er</sup>/ 2<sup>ème</sup> partie nuit)  Pb. Thyroïdien : .....  
 Bouffées de chaleur  Troubles du rythme cardiaque

T. DEMIN ...  Dépression : envie de rien ...  Vertiges (vrais / Ménière)  
 Impuissance / Frigidité  Bourdonnements d'oreilles  
 Adénome prostatique / Fibrome utérin  Lithiase rénale (calculs)  
 Chute cheveux (importante)  Ostéoporose  
 Arthrite/Arthrose : cervicale, dorsale, lombaire, sciatique, hanche, genoux (entourez)

Intoxications :  Tabac (> à 10 cigarettes/jour)  Tranquillisants / Somnifères  
 Alcool (> à ½ litre vin/jour)  Antidépresseurs / Neuroleptiques  
 Anti-inflammatoires ou Corticothérapie (en cours ou récente)  
 Hypolipémiants / Immunosuppresseur / Chimiothérapie / Radiothérapie (entourez)  
 Vaccins récents (< à 10 ans) : B.C.G. / Hépatite B / F. jaune / Typhoïde / autre : .....

Antécédents personnels (dates SVP pour les interventions chirurgicales) : .....  
 .....  
 .....

Nombre de grossesses .....  IVG./ Fausse couche/ Hystérectomie (entourez)

Saveurs recherchées :  acide  amer  sucré  piquant  salé  
 Allergies :  pollinose  migraine  urticaire  asthme  eczéma  
 Antécédents familiaux :  hyperlipémie  hyperTA  diabète  goutte  rhumatismes