



Fiche Patient

date :

Nom : Prénom : M F né(e) le :

Adresse :

Tel : Profession :

Mail :

Adressé(e) par :

Médecin traitant : Tel :

Déjà traité par acuponcture : Oui Non Déjà traité en pharmacopée : Oui Non

Antécédents Familiaux

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie
_____ | <input type="checkbox"/> Artériosclérose
_____ | <input type="checkbox"/> Cancer
_____ | <input type="checkbox"/> Diabète
_____ | <input type="checkbox"/> AVC
_____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Asthme
_____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> HTA
_____ | <input type="checkbox"/> Epilepsie
_____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Alcoolisme
_____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> Atteinte cardiaque
_____ | |

Antécédents Personnels

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------------|----------------------|
| SIDA | Coqueluche | Insuffisance coronarienne | Dépression | Chirurgies : _____ |
| Alcoolisme | Scarlatine | AVC | Autres : _____ | _____ |
| Allergies | Rougeole | Goutte | _____ | _____ |
| Pneumonie | Varicelle | Polio | _____ | _____ |
| Asthme | Herpes | Rhumatisme articulaire Aigu | Cancers : _____ | _____ |
| Pleurésie | Fièvre Typhoïde | Rhumatisme inflammatoire | _____ | Traumatismes : _____ |
| Tuberculose | Diabète | Sclérose en plaque | _____ | _____ |
| Emphysème | Artériosclérose | Hépatite | _____ | _____ |
| Epilepsie | HTA | Ulcères | Maladies congénitales : _____ | _____ |
| Goitre | Cardiopathie | Maladie vénérienne | _____ | _____ |
| Désordres thyroïdiens | Pacemaker | Maladie congénitale | _____ | _____ |

Style de vie

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Marijuana | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Activités physiques : |
| <input type="checkbox"/> Tabac | <input type="checkbox"/> Drogues | <input type="checkbox"/> Risques professionnels | type : _____ Fréquence : _____ |

Régime alimentaire

Appétit : Bon Café Edulcorant Sel
Faible Soda Sucre Soif : nombre de verres/j :

Compléments alimentaires :

Traitement suivi ces 2 derniers mois :

Motif de consultation :

Date de début des signes :

Aggravation des signes ?

Quelle est la cause déclenchante ?

Qu'est ce qui améliore les signes ?

Qu'est ce qui aggrave les signes ?

Êtes-vous suivi actuellement par un médecin ? Oui Non

Si oui pour quelle raison ?

Symptômes généraux

Baisse de l'appétit	Insomnie	Lourdeur du corps	Frissons	Saignements ou ecchymoses faciles
Augmentation de l'appétit	Hypersomnie	Pieds et mains froides	Sueurs nocturnes	Goût particulier dans la bouche : _____
Préfère boire froid	Rêves abondants	Mauvaise circulation	Transpiration spontanée	_____
Préfère boire chaud	Fatigue	Souffle court	Crampes musculaires	_____
Modification récente du poids	Manque de force	Fièvre	Vertiges	_____

Tête, Yeux, Oreilles, Nez, Gorge

Correction optique	Cécité nocturne	Plaie des lèvres ou de la langue	Maux de gorge récurrents	Céphalées
Fatigue oculaire	Glaucome	Cataracte	Ganglions	Migraines
Douleur oculaire	Cataracte	Bouche sèche	Boule dans la gorge	Commotion cérébrale
Rougeur oculaire	Problème dentaire	Salivation excessive	Hypertrophie thyroïdienne	Autres problème de tête ou de cou : _____
Démangeaisons oculaires	Grincement de dent	Problèmes des sinus	Saignement de nez	
Corps flottants	Douleur Temporo-mandibulaire	Choriza	Acouphènes	
Baisse de la vision	Néuralgie faciale	couleur : _____	Baisse de l'audition	
Vision brouillée	Problème de gencives		Douleurs auriculaires	

Appareil Respiratoire

Difficultés respiratoires en position allongée Oppression thoracique Toux Couleurs des sécrétions : _____ Sang dans les crachats

Dyspnée Asthme ou respiration sifflante Sèche ou productive ? _____ Pneumonie

Épais ou fluide ? _____

Appareil Digestif

Nausées	Diarrhée	Douleurs ou spasmes intestinaux	Caractéristiques des selles : _____
Vomissements	Constipation	Démangeaisons anales	Fréquence _____ Texture _____
Régurgitations acides	Usage de laxatifs	Brulures de l'anus	Couleur _____ Odeur _____
Gaz	Selles noires	Douleurs rectales	
Hoquet	Sang dans les selles	Hémorroïdes	
Ballonnements	Mucus dans les selles	Fissures anales	
Mauvaise haleine			

Appareil Locomoteur

Douleur du cou et des épaules Douleur dorsale Douleur articulaire Limitation des mouvements Autres (description) _____

Douleur musculaire Douleur lombaire Douleur costale Raideur articulaire _____

La Peau et les Phanères

Eruption	Eczéma	Pellicules	Changement de l'aspect de la peau ou des cheveux	Autres problèmes de cheveux ou de peau : _____
Urticaire	Psoriasis	Démangeaisons		
Ulcérations	Acné	Perte de cheveux	Mycoses	

Neuropsychologie

Malaise	Perte de mémoire	Irritabilité	Pensées suicidaires ou Tentatives de suicide	Autres (précisez) _____
Engourdissements	Dépression	Surmenage	Suivi par un thérapeute	_____
Tics	Anxiété	Victime de sévices		_____

Appareil Génito-urinaire

Douleur à la miction	Hématurie	Maladie vénérienne	Excès de libido	Impuissance
Mictions fréquentes	Incontinence urinaire	Enurésie	Baisse de la libido	Ejaculation précoce
Mictions impérieuses	Miction incomplète	Mictions nocturnes	Calcul rénal	Emissions nocturnes

Gynécologie

Date des 1 ^{ères} règles	Durée de l'écoulement	Sécrétions vaginales (Couleur)	Tumeur du sein	Date du dernier frottis _____
Longueur du cycle	Règles irrégulières	Lésions vaginales	Grossesse _____	_____
	Règles douloureuses	Odeurs des sécrétions	Accouchement _____	Date des dernières règles _____
	Syndrome prémenstruel	Caillots	Accouchement prématuré	
			Âge à la ménopause _____	

Autres
