

Anamnèse

Date :

Objectif du client :

Nom :

Âge :

Date de naissance:

Adresse:

Téléphone :

Courriel :

Mode de vie :

Niveau d'énergie /10

Emploi :

Loisirs :

Activités physiques :

Relations sociales :

Drogues, médicaments et suppléments

Médicaments de synthèse :

Nom du médicament	Depuis quand	Posologie	Raison

Supplément et plantes médicinales :

Nom	Depuis quand	Posologie	Raison

Stimulants :

Drogues récréatives :

Cigarette :

Alcool :

Anovulant :

Allergies :

Alimentation

Exemple de journées typiques

	Jour 1	Jour 2
Déjeuner		
Collation		
Dîner		
Collations		
Souper		
Collations		

Liste d'aliments

Nommer quelques aliments dans chaque catégorie qui font parti de votre alimentation quotidienne

Fruits:

Légumes:

Grains et céréales:

Légumineuses:

Viande:

Noix et graines:

Produits laitiers:

Breuvages:

Desserts:

Appétit et digestion

Nombre de repas par jour:

Pr

Vr

V

V

P

P

K

K

Grosueur des portions:

Ressentez-vous la faim?:

Sensations après avoir mangé (ballonnements, brûlements, lourdeur):

Quantité d'eau par jour:

Élimination

Souffrez-vous de:

- Constipation
- Diarrhée
- Constipation et diarrhée en alternance
- Ballonnements

Pr

Vr

V

V

P

P

K

K

Nombre de fois par jour à la selle:

Sommeil

Heure du coucher :

Pr

V

P

K

Vr

V

P

K

Heure du lever :

Réveils fréquents?

Insomnie?

Vous sentez-vous reposé au réveil?

Cycle menstruelle

Régularité: _____

Cycles de combien de jours:

Pr

V

P

K

Vr

V

P

K

SPM:

Description du déséquilibre (si nécessaire):

Émotions et personnalité

Sur une échelle de 1 à 10 (1 étant le plus bas) quel est votre niveau de... Expliquez

Pr **Vr**
 V **V**
 P **P**
 K **K**

Stress, nervosité : /10

Colère, irritation : /10

Tristesse, apathie : /10

Historique (événement marquant, accident, chirurgie, etc.)

Évènement	Année	Commentaires