

## DOSSIER SANTE CONFIDENTIEL – ADULTE

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Date Naissance : \_\_\_\_\_

État Civil : \_\_\_\_\_ Nom de l'époux/se : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date Naiss : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler du cabinet ? \_\_\_\_\_

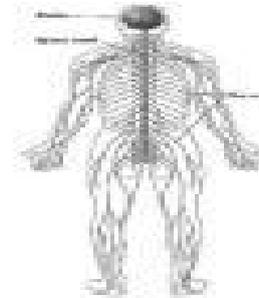
### MOTIF PRINCIPAL DE LA CONSULTATION

.....  
.....  
.....  
.....

Autre(s) motif(s) ou problème(s) de santé

.....  
.....  
.....

Indiquez les régions douloureuses :



Avez-vous consulté un autre docteur/praticien pour cette condition ?  non  oui Qui ? \_\_\_\_\_

Avis donné / traitement reçu ? \_\_\_\_\_ Résultats obtenus ? \_\_\_\_\_

Quand et comment cette condition a-t-elle commencée ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà souffert du même problème par le passé ?  non  oui Quand ? \_\_\_\_\_

La douleur / symptôme :  va en s'améliorant  est stable  va en s'empirant  
 est présente constamment  va et vient  
 irradie Où ? \_\_\_\_\_

Les activités suivantes augmentent la douleur / symptôme:

assis  debout  mouvements  marcher  lever poids  froid  humidité  couché  autre \_\_\_\_\_

Les activités suivantes diminuent la douleur / symptôme :

repos  glace  chaud  masser/ pommade  médicament : \_\_\_\_\_  autre \_\_\_\_\_

La douleur / symptôme est pire :  le matin  fin de journée  la nuit

La douleur/ symptôme interfère avec :

travail /ménage /études  sommeil  mon calme  vie sociale  relations avec la famille  
 activité récréatives (sport, hobby)  capacité à se déplacer /voyager  intérêt ou activité sexuelle

Cette condition vous préoccupe-t-elle ?  oui  non

Si oui, en quoi ? \_\_\_\_\_

Selon vous, pourquoi ce problème vous arrive-t-il ? \_\_\_\_\_

Pensez-vous que ce soit la seule raison ?  oui  non

Si non, quoi d'autre ? \_\_\_\_\_

Cette condition crée-t-elle des difficultés pour vous et/ ou votre entourage ?

\_\_\_\_\_

Avez-vous dû changer vos habitudes depuis que ce problème existe ?

\_\_\_\_\_

Y a-t-il des moments ou des activités durant le jour où vous oubliez totalement ou presque totalement cette condition ?

\_\_\_\_\_

Si ce problème disparaissait demain, en quoi votre vie serait-elle différente ?

\_\_\_\_\_

Quand vous êtes vous senti vraiment bien pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_

## ANAMNESE PHYSIQUE

Stress à la naissance :  naissance difficile  césarienne  forceps / ventouse

Avez-vous souffert les chocs/ surcharges physiques suivants :

chute dans les escaliers  blessures sportives  service militaire  bagarre  choc sur la tête

Au cours de votre vie, avez-vous :

été inconscient ? \_\_\_\_\_

eu des os cassés ou des articulations foulées ? \_\_\_\_\_

blessé votre colonne vertébrale (accident, lombago, ...) ? \_\_\_\_\_

Pendant la journée, je suis principalement (plus d'un choix possible) :

assis à un bureau  à l'ordinateur  debout  marche  au téléphone  en voiture

lève /porte du lourd  souvent dans des positions stressantes

La nuit, je dors :  sur le dos  sur le ventre  sur le côté

Combien d'heures de sommeil réparateur dormez-vous par nuit ? \_\_\_\_\_

Sport / Temps Libre

Avez-vous une activité physique régulière ?  non  oui Quoi ? \_\_\_\_\_

Combien de fois par semaine ? \_\_\_\_\_ Dans un club / équipe ? : \_\_\_\_\_

Objectif(s) de cette activité :  détente  dissiper mes tensions  prévenir la maladie  maintenir ma santé

Accidents

Avez-vous eu des accidents :  de voiture / moto  de vélo  ski  autre \_\_\_\_\_

Quand, combien, comment : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Traitement Médicaux

Avez-vous été hospitalisé ?  non  oui Pourquoi ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été opéré (inclut césarienne) ?  non  oui \_\_\_\_\_

Vous a-t-on déjà enlevé un organe ?  non  oui \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu les traitements / procédures suivants :

corset  injection / ponction  chimio /radiothérapie  appareil dentaire  traction

plâtre  semelle orthopédique  transfusion  radiographie  minerve

ostéopathie  physiothérapie  acuponcture  chiropratique  autre \_\_\_\_\_

Poids et taille (hauteur) : \_\_\_\_\_

## ANAMNESE CHIMIQUE

Prenez-vous des médicaments avec régularité (inclut pilule contraceptive et traitement hormonal)? \_\_\_\_\_

Avez-vous pris des médicaments avec régularité (inclut pilule, hormones, antibiotiques) ? \_\_\_\_\_

Fumez-vous ?  non  oui  j'ai arrêté Combien par jour ; Pendant ? \_\_\_\_\_

Je consomme (et quantité) : alcool :  non  oui \_\_\_\_\_ café :  non  oui \_\_\_\_\_

Par rapport à mon alimentation, je suis :  très satisfait  satisfait  insatisfait

Consommez-vous une alimentation en accord avec votre terrain métabolique ?  oui  non  ne sait pas

Combien de services de fruits et de légumes mangez-vous par jour ? \_\_\_\_\_

Que faites-vous pour détoxifier régulièrement votre organisme ? \_\_\_\_\_ à quelle fréquence ? \_\_\_\_\_

Prenez-vous des :  vitamines  supplément  herbes / tisanes  remèdes homéopathiques

Objectif(s) :  soulager un mal  prévenir la maladie  maintenir la santé  autre \_\_\_\_\_

## ANAMNESE PSYCHOSOCIAL / EMOTIONNELLE

Avez-vous été victime d'abus (physique, émotionnel, mobbing, ...) ?  oui  non

Utilisez-vous une (ou plusieurs) des méthodes suivantes pour préserver et améliorer votre santé ?

massage  acuponcture  méditation  relaxation  sophrologie  
 prière  psychothérapie  yoga / tai chi  gymnastique douce  autre : \_\_\_\_\_

Comment estimez-vous :

Soutien familial :  excellent  bon  satisfaisant  insuffisant

Soutien social :  excellent  bon  satisfaisant  insuffisant

Satisfaction au travail :  excellente  bonne  satisfaisante  insuffisante

Vie en général :  excellente  bonne  satisfaisante  insuffisante

Santé physique :  excellente  bonne  satisfaisante  insuffisante  s'améliorant  s'empirant

Santé Mentale :  excellente  bonne  satisfaisante  insuffisante  s'améliorant  s'empirant

Etes-vous autant en bonne santé aujourd'hui qu'il y a 5 ou 10 ans ?

non  ne sais pas  oui si oui, quelles sont vos stratégies ? \_\_\_\_\_

Au vu de votre santé actuelle et de votre style de vie, pensez-vous pouvoir être au moins autant en bonne santé, voire en meilleure santé, dans 5 ou 10 ans ?

non  ne sais pas  oui si oui, quelles sont vos stratégies pour y parvenir ? \_\_\_\_\_

Vous considérez-vous :  très stressé  stressé  peu stressé  pas stressé du tout

Gérez-vous votre stress :  parfaitement  plus ou moins  mal

En général, vous considérez-vous :  en bonne santé  malade

Pourquoi, pensez-vous de cette manière : \_\_\_\_\_

D'autres personnes dans votre famille souffrent-elles de problèmes de santé :

De manière générale, que faites-vous pour entretenir votre colonne vertébrale et système nerveux ?

De manière générale, quelles sont vos stratégies pour rester en bonne santé et améliorer votre qualité de vie ?

Que faites-vous quand vous avez besoin de vous ressourcer ? \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTS ET ANAMNESE GLOBALE

Avez-vous, ou souffrez-vous, (ou un membre de votre famille) des problèmes suivants :

P = passé

A= actuellement

M= Membre de la Famille

### Musculosquelettique

P A M

- Arthrose, Rhumatisme  
   Maux De Tête  
   Douleurs Nuque  
   Douleurs Dorsales  
   Douleurs Bas Du Dos  
   Sciatique / Hernie Discale  
   Scoliose  
   Problème Mâchoire  
   Autres articulations

### Système Nerveux

P A M

- Hyperactivité, Déficit Attention  
   Nervosité, Irritabilité, Impatience  
   Angoisse, Anxiété, Dépression  
   Fibromyalgie, Fatigue  
   Vertiges  
   Douleur dans le visage  
   Problèmes d'équilibre

### Cardiovasculaire / Respiration

P A M

- Asthme, souffle court  
   Anémie  
   Tension Artérielle Élevée  
   Varices/ Mauvaise Circulation  
   Diabète  
   Cholestérol élevé  
   Problèmes De Cœur

### Gastro-intestinal

P A M

- Problème d'appétit  
   Ballonnement, brûlure  
   Régurgitation, reflux  
   Hernie hiatale  
   Problème de poids  
   Constipation / diarrhée  
   Douleurs abdominales

### Oreille, Nez, Gorge

P A M

- Sinusite  
   Ronflement  
   Sifflement oreille (acouphène)  
   Nez bouché  
   Déficience visuelle  
   Déficience auditive  
   Otites chroniques

### Performance Intellectuelle

P A M

- Problème mémorisation  
   Problème concentration  
   Problème d'inversion de lettres  
   Problème inversion de chiffres  
   Problème inversion de mots  
   Dyslexie  
   Problème scolaire / étude

### Hommes / Femmes

P A M

- Douleurs menstruelles  
   Irrégularité du cycle  
   Problème à concevoir  
   Dysfonction prostate

### Génito-urinaire

P A M

- Infections chroniques  
   Perte urinaire à l'effort  
   Perte urinaire la nuit  
   Rétention urinaire

### Général

P A M

- Allergies, Rhume des foins  
   Thyroïde  
   Eczéma, Problème de peau  
   Cancer

Homéostasie et Guérison ( sur une échelle de 0 à 10 (0 étant très mauvais et 10 excellent), veuillez estimer :)

Qualité de votre sommeil : 0 \_\_\_\_\_ 10  
 Vitalité et énergie : 0 \_\_\_\_\_ 10  
 Bien-être global : 0 \_\_\_\_\_ 10  
 Acuité intellectuelle : 0 \_\_\_\_\_ 10

Sur une échelle entre 0 (= très mauvais) et 100 (=optimal), à quel pourcentage êtes-vous de votre santé optimale ? \_\_\_\_\_

Quel pourcentage de santé optimale désirez-vous obtenir ? \_\_\_\_\_

Quel est votre pourcentage de motivation pour y arriver ? \_\_\_\_\_

Combien de temps pensez-vous que cela prendra pour y arriver ? \_\_\_\_\_

## BESOINS ET ATTENTES

En matière de santé en particulier et de votre vie en général, quels sont :

- Vos besoins urgents actuels ? \_\_\_\_\_
- Vos désirs profonds futurs ? \_\_\_\_\_

Vos besoins et attentes sont importants pour nous. Merci d'évaluer l'importance que vous attribuez aux choix suivants :

0 – pas important    1 – peu important    2 – important    3 – très important    NSP – ne s'applique pas

Soulager / réduire les douleurs ou les symptômes	_____	Améliorer ma santé physique	_____
Corriger les causes des douleurs ou des symptômes	_____	Améliorer ma santé psychique / émotionnelle	_____
Maintenir ma santé	_____	Améliorer ma capacité à résister au stress	_____
Mettre en place une hygiène de vie saine	_____	Améliorer ma qualité de vie globale	_____
Enseigner à mon organisme à mieux se guérir	_____	Reprendre le contrôle de ma santé	_____
Revitaliser périodiquement mon organisme	_____	Me développer, être au meilleur de moi-même	_____

Quels sont les domaines où vous pensez avoir besoin d'assistance pour améliorer/entretenir votre santé :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> faire de l'activité physique correctement                | <input type="checkbox"/> programme individualisé d'exercices |
| <input type="checkbox"/> m'alimenter correctement / guérir par la nutrition       | <input type="checkbox"/> perdre du poids de manière durable  |
| <input type="checkbox"/> gérer mon stress (inclut posture, ergonomie, relaxation) | <input type="checkbox"/> améliorer globalement ma santé.     |