

Questionnaire anamnestique

1. Nom, Prénom _____ date de naissance _____
email _____ tel./portable _____
adresse, ville, code postale _____

2. Décrivez vos problèmes actuels :

3. Êtes-vous atteint d'autres maladies chroniques ?

4. Quelles opérations avez-vous eues ?

5. Quelle est actuellement la liste de vos médicaments ?

6. Avez-vous des allergies ?

médicaments _____ nourriture _____
pollen _____ autres _____

7. Êtes-vous susceptible de souffrir de constipation diarrhée insomnie ?

8. poids actuel _____ taille _____

9. Est-ce que vous fumez ? _____

10. Combien d'alcool consommez-vous ? _____

11. Quels vaccins avez-vous reçus ? _____

12. Est-ce qu'il y a des cas dans votre famille de maladie héréditaire, tumoral ou métabolique ?
