Tri Awen
Fiche d'anamnèse

Prénom / Nom : _ Age : _ _ _ _ _ _ _ _ Sexe : _ _ _ _ _ _ _ _

E-mail : _ Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Votre poids (kg) et votre taille (cm) : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Avez-vous des enfants ? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Si oui combien et quel âge ont-ils ? : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Accouchement naturel ou césarien ? : _ _ _ _ _

Votre profession : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Passez-vous de longues heures assis(e) ou debout ? _ _ _

Contre-indications à un drainage lymphatique

Merci de le signaler à votre inscription en entourant les contre-indications vous concernant
Insuffisance cardiaque – Haute pression non contrôlée – Grosses varices douloureuses – Phlébite
Hyperthyroïdie en présence de crise – Grossesse de moins de 3 mois (sauf visage) – Insuffisance rénale
Chirurgie abdominale depuis 6 mois – Infection aiguë (infections cutanées incluses) - Cancer

SUIVI MÉDICAL

Avez-vous des pathologies chroniques ? Si oui merci de préciser : _

Suivez-vous un traitement médical ? Si oui merci de préciser : _

Avez-vous subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Si oui la ou lesquelles ? Pour quelle cause ? et en quelle année ?

_ _

Avez-vous une faiblesse immunitaire ? Si oui laquelle ou lesquelles ? _

Avez-vous des allergies ? Si oui laquelle ou lesquelles ? _

Pratiquez-vous une activité sportive ? Si oui laquelle, à quelle fréquence et depuis combien de temps ?

_ _

SYSTÈME CUTANÉ

Comment est votre peau ? ; Soyeuse – Douce – Sèche – Rugueuse

Avez-vous de l'herpès, acné, psoriasis, eczéma ? Si oui précisez à quel moment et quelle fréquence ?

_ _

Vos ongles sont-ils cassants ? : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE

Avez-vous fréquemment des infections urinaires ou mycoses vaginales ? ; _

Quel moyen de contraception utilisez-vous ? : _

Comment est votre cycle menstruel ? :
Régulier – Irrégulier – Syndromes pré-menstruels – Pré-ménopause – Ménopause - Andropause

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE

Comment est votre tension artérielle ? : _

Avez-vous de problèmes de cholestérol ? : _

Avez-vous des migraines ? Si oui à quelles fréquences ? : _

SYSTÈME ORL

Fumez-vous ? : _

Avez-vous des problèmes ORL chroniques ? : _

SYSTÈME OSTÉO-ARTICULAIRE

Avez-vous des problèmes ostéo-articulaires ? : _

Précisez : Douleurs dans le dos – Douleurs aux articulations – Douleurs aux muscles
Ostéoporose sans antécédents familiaux – Ostéoporose avec antécédents familiaux

SYSTÈME GLANDULAIRE

Avez-vous du diabète ? : _

Avez-vous des problèmes de thyroïde ? : _

SYSTÈME NERVEUX

Comment est votre sommeil ? : Difficulté à s'endormir – Suffisant – Insuffisant – Réveil nocturne – Insomniaque

Combien d'heures en moyenne dormez-vous par nuit ? : _

Pour vous endormir, utilisez-vous : Somnifères – Tisanes – Rien – Autres précisez : _

SYSTÈME DIGESTIF

Comment est votre mastication ? : _

Comment est votre digestion ? : Normale – Difficile – Lourdeurs – Brûlures – Aigreurs

Vous sentez-vous fatigué(e) après les repas ? : Oui – Non – Oui si je mange _

Comment est votre transit ? (Allez-vous aux toilettes ?) : _

Combien de verres d'eau par jour ? : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Consommation d'alcool par semaine : _

Intolérances alimentaires : _

Lu et approuvé / Date et Signature