

Veillez remplir ce questionnaire **strictement confidentiel**. Merci de le remplir complètement pour mieux vous soigner.

**NOM** : ..... **Prénom** : ..... **date de naissance** : .....  
**Adresse complète** : ..... **CP** : ..... **Ville** :  
.....  
**N° téléphone** : .....  
**Adresse mail** : .....@.....

## MEDICAL

Motif de la consultation :

Tension artérielle : .....

Médecin traitant :

### Avez-vous été/êtes-vous atteint d'une des affections suivantes :

Diabète	urogénitale
Neurologique	vasculaire
Asthme	affection chronique
Cardiaque	rhumatisme articulaire aigu
Pulmonaire	gastro duodénale
Hépatique/vésiculaire	intestinale
Pathologique infectieuse	dépression

Etes-vous enceinte ?	Oui	non
Suivez-vous actuellement un régime ?	oui	non
Etes-vous sujet aux hématomes ?	oui	non
Fumez-vous ?	oui	non
Nombre de cigarettes par jour : .....		

Etes-vous allergique et lesquels ?      oui      non

Avez-vous été vacciné dernièrement ?      oui      non

### Traitement en cours

Anti-inflammatoire	antidouleur	aspirine
Anticoagulant	antibiotique	
antidépresseur		
antihypertenseur	antidiabétique	

Avez-vous déjà eu une réaction particulière à la suite d'un traitement ?

oui      non

Faites-vous l'objet d'une surveillance radiologique ou biologique ?

oui      non