

<b>Homéopathie</b>		<b>FICHE PERSONNELLE</b> <b>Confidentielle</b>		Date:
Nom:		Date de naissance:		Âge:
Si enfant mineur Nom des parents Signature des parents				
Adresse Ville Code postal:				
Tél. domicile:		Tél. prof.:		Mobile:
État civil: Nombre d'enfants: <i>Fausse couche</i> : <i>Avortement</i> :				
Profession:			Employeur:	
Recommandé(e) par:			Courriel:	
RAISONS DE LA CONSULTATION selon votre ordre d'importance:		Depuis quand?		Causes apparentes
		Âge	Année	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
QUELS MÉDICAMENTS prenez-vous actuellement ?		Depuis quand?		Effets secondaires
		Âge	Année	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
QUELS TRAITEMENTS OU RÉGIMES (naturopathie, ostéopathie, chiropractie, etc.) suivez-vous actuellement?		Depuis quand?		Résultats
		Âge	Année	
1.				
2.				
3.				

4.			
QUELLES OPERATIONS avez-vous subies?	Quand?		Complications
	Âge	Année	
1.			
2.			
3.			
4.			
QUELLES BLESSURES/ACCIDENTS MAJEURES ou mineures avez-vous subies?	Quand?		Effets à long terme
	Âge	Année	
1.			
2.			
3.			
4.			
COCHER CHACUNE des maladies que vous avez ACTUELLEMENT OU que vous avez DÉJÀ EUE.			
Abcès	Endométriose	Maladie vénérienne, MST	Tuberculose
Alcoolisme	Épilepsie	Malaria	Typhoïde
Allergie	Fièvre jaune	Mononucléose	Urétrite/infection urinaire
Amygdalite	Goitre	Oreillons	Vaginite
Anémie	Gonorrhée	Otite	Varicelle
Arthrite	Goutte	Parasites	Variole
Asthme	Grippe	Pleurésie	Vers
Bronchite	Hépatite	Pneumonie	Verrue, excroissance, tétine, grain de beauté, tache.
Boulimie	Herpès buccal	Prostate	
Calcul biliaire	Herpès génital	Rhumatisme	Verrue vénérienne
Cancer	Infarctus/Angine	Rhume des foins	Zona
Condylomes	Infection de gorge	Rougeole	<b>AUTRES:</b>
Coqueluche	Leucémie	Rubéole	
Dépression	Maladie cardiaque	Scarlatine	
Diabète	Maladie de peau	Sinusite	
Emphysème	Maladie rénale	Syphilis	
<b>Autres MALADIES MAJEURES:</b>			
Y a-t-il des MALADIES, des TRAUMATISMES ou des ÉVÉNEMENTS dans votre vie dont vous ne vous êtes jamais remis(es)?			
			Âge
			Année
Avez-vous déjà pris des ANTIBIOTIQUES de façon prolongée ou répétée ?			

Avez-vous subi un GAIN OU une PERTE DE POIDS ? +-Combien?						
Quels EXERCICES faites-vous?					Fréquence:	
Combien de SUBSTANCES suivantes utilisez-vous?			Café:		Thé:	
Tabac:		Alcool:		Drogues récréatives:		
À QUAND REMONTE VOTRE DERNIER EXAMEN MÉDICAL COMPLET?						
Êtes-vous actuellement sous les soins d'un MÉDECIN ou d'un THÉRAPEUTE? Nom et Profession		Pour quelle(s) maladie(s)?		Traitements et résultats		
1.						
2.						
3.						
Avez-vous déjà été traité(e) en HOMÉOPATHIE ? Par qui?		Quand?		Pour quelle(s) maladie(s)?		Traitements et résultats
		Âge	Année			
1.						
2.						
Avez-vous pris récemment (6 derniers mois) des REMÈDES HOMÉOPATHIQUES ? Lesquels?				Quand et à quelle fréquence?		
1.						
2.						
3.						
<b>ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX</b>						
Indiquer quelles maladies (indispositions ou particularités) ont affecté les personnes de votre famille.						
Alcoolisme	Cancer	Gonorrhée		Paralysie		Troubles mentaux
Allergies	Dépression	Goutte		Pneumonie		Tuberculose
Arthrite	Diabète	Maladie Cardiaque		Rhume des foies		
Asthme	Épilepsie	Maladie de la peau		Syphilis		
Famille		Maladies				Âge <b>Si</b> décédé
Père						
Mère						
Frère						
Sœurs						
Enfants						
Grand-père Paternel						

Grand-mère Paternelle		
Tantes et Oncles Paternels		
Grand-père Maternel		
Grand-mère Maternelle		
Tantes et Oncles Maternels		
<p>VACCINS d'enfance, de voyage de travail ou autres? <b>Apporter le carnet de vaccination ou remplissez ci-des sous les vaccins et les dates</b></p>		
<p>REMARQUES :</p>		