**NOM ET PRENOM :** **SEXE :**       **TAILLE :**        **POIDS :**

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :**

**ADRESSE :** **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :**

**SITUATION PRIVÉE, LIEU DE VIE :**

**SITUATION PROFESSIONNELLE, LIEU DE TRAVAIL :**

**NOM DE L’ASSURANCE MALADIE :** **NUMÉRO D’ASSURÉ :**

**NOM DU MEDECIN TRAITANT :**

**DATE DU JOUR :**

**Quelles sont les raisons qui vous amènent à notre première consultation ? Présentez-vous actuellement des troubles de santé ? Si oui, lesquels ? Disposez-vous d’un diagnostic médical ?**

**Comment décrieriez-vous votre état émotionnel du moment ?**

**DONNEES GENERALES :**

**Groupe sanguin :**

**Buvez-vous de l’alcool ?**      **A quelle fréquence ?**

**Prenez-vous des drogues ?**       **A quelle fréquence ?**

**Buvez-vous du café ?**       **A quelle fréquence ?**

**Fumez-vous ?**       **A quelle fréquence ?**

**ANTECEDANTS PERSONNELS**

**Veuillez s.v.p. indiquer ci-dessous dans l’ordre chronologique les maladies, accidents ou opérations que vous avez eu dans votre passé. Des états psychiques altérés ou des chocs psychiques de tout ordre sont également importants à noter. (Veuillez indiquez d’abord l’âge, puis l’événement s.v.p.)**

**Petite enfance :**

**Enfance :**

**Adolescence :**

**Age adulte :**

**Historique des grossesses et accouchements**

Avez-vous été enceinte ?       Combien de fois ?

Avez-vous eu des fausses couches spontanées ?       Quand ?

Avez-vous eu des avortements ?       Quand ?

Quel nombre de grossesses avez-vous menées à terme ?

Avez-vous eu des problèmes pendant vos grossesses ?

Avez-vous eu des problèmes pendant vos accouchements ?