

QUESTIONNAIRE:ANAMNÈSE

Questionnaire en vue d'une première consultation en kinésiologie Adaptogénèse



A-GENERALITES

1. Identité

Nom :

E-Mail :

Sexe :

Yeux Couleur :

Prénom :

Age :

Poids/Taille :

Téléphone :

2. Situation familiale

3. Nombre d'enfants et leurs ages ?

Nbre d'enfants :

Ages :

4. Situation professionnelle ?

Situation :

Profession :

5. Intérêt au travail/Condition de travail ?

6. Mode de transport travail? ·

Transport en commun

Pieds

Moto

Voiture

Vélo

Autre

7. Temps de trajet travail?

QUESTIONNAIRE:ANAMNÈSE

Questionnaire en vue d'une première consultation en kinésiologie Adaptogénèse

B-MEDICAL

8. Motif de consultation

| |
|--|
| |
|--|

9.

| |
|--|
| |
|--|

10. Mode d'installation du symptôme

| |
|--|
| |
|--|

11. Circonstances de survenue

| |
|--|
| |
|--|

12. Facteurs déclenchants

| |
|--|
| |
|--|

13. Mode évolutif du symptôme

| |
|--|
| |
|--|

14. Récurrence du symptômes

| |
|--|
| |
|--|

15.

| |
|--|
| |
|--|

16. Facteurs de risque préjudiciables

| |
|--|
| |
|--|

17. Facteurs d'amélioration et d'aggravation

| Amélioration | Aggravation |
|---------------------------|---------------------------|
| Environnement et contexte | Environnement et contexte |
| | |
| Climat et saison | Climat et saison |
| | |
| Conditions psychologiques | Conditions psychologiques |
| | |

QUESTIONNAIRE:ANAMNÈSE

Questionnaire en vue d'une première consultation en kinésiologie Adaptogénèse

| | |
|--|-------------------------------------|
| Postures et manœuvres particulières | Postures et manœuvres particulières |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Conditions physiologiques | Conditions physiologiques |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prise médicamenteuse | Prise médicamenteuse |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Choisissez dans les menus déroulants. Il peut ne pas avoir de réponse dans une rubrique. Puis complétez si autres, ou précisez | |

18. Êtes-vous suivi par un médecin ?

Si thérapeute, quelle technique ?

19. Suivez-vous un traitement médical, si oui lequel ?

20. Avez-vous suivi une/des intervention(s) chirurgicale(s) ? Si oui, le(s)quel(le)(s) ?

QUESTIONNAIRE:ANAMNÈSE

Questionnaire en vue d'une première consultation en kinésiologie Adaptogénèse

21. Avez-vous subi des examens de santé il y a moins de six mois ? (bilan sanguin, mammographie, fibroscopie, radiographie, IRM,...)

Oui Non Lesquels ?

22. Avez-vous été vacciné il y a moins de deux ans ? Si oui avec quel(s) vaccin(s) ?

Oui Non Quel(s) vaccin(s) ?

23. Avez-vous eu des maladies infantiles, Si oui, la(Les)quel(le)(s) ?

Oui Non La(Les)quel(le)(s)

24. Est-ce que vos parents ou frères/frères/sœurs ont/avaient des problèmes de santé ?

25. Avez-vous des allergies ? Si oui, la(les)quelle(s)

Oui Non la(les)quelle(s)

QUESTIONNAIRE:ANAMNÈSE

Questionnaire en vue d'une première consultation en kinésiologie Adaptogénèse

26. Pratiquez-vous une activité sportive ? Si oui Laquelle , à quelle fréquence, depuis combien de temps ?

Laquelle ?
Depuis combien de temps ?
à quelle fréquence ?

| | |
|---|--|
| : | |
| : | |
| : | |

C-SYSTEMES

Système cutané

27. Comment est votre peau ?

28. Vos ongles sont-ils cassants ?

29. Avez-vous de l'herpès, psoriasis, eczéma,... ? A quelle fréquence ? A quelle périodes ?

Oui Non

Laquelle ?
Quelle fréquence ?
Quelle périodes ?

| | |
|---|--|
| : | |
| : | |
| : | |

30.

Système génito-urinaire

31. Avez-vous des infection urinaires?

32. Comment est votre libido ?

33. Comment est votre cycle menstruel ?

34. Avez-vous des mycoses vaginales ?

35. Quelle contraception utilisez-vous ?

Système cardio-vasculaire

36. Comment est votre tension artérielle ?

37. Avez-vous des pb de cholestérol ?

38. Êtes-vous frileux(se) ?

Oui Non

39. Avez-vous des migraines? Si oui, à quelle fréquence ?

Oui Non

A quelle fréquence ?

QUESTIONNAIRE:ANAMNÈSE

Questionnaire en vue d'une première consultation en kinésiologie Adaptogénèse

Système ORL

| | |
|---|--|
| 40. Fumez-vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 41. Avez-vous des problèmes ORL chroniques ? <input type="checkbox"/> Oui, rhino <input type="checkbox"/> Oui, bronchite <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, otite <input type="checkbox"/> Oui, sinusite |
|---|--|

Système nerveux

| | |
|--|---|
| 42. Comment est votre sommeil? <input type="text"/> | 43. Pour vous endormir, utilisez-vous : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|--|---|

Combien d'heures en moyenne dormez-vous ?

44. Avez-vous ou avez-vous eu des problèmes de dépressions ?
 Oui Non

Pourquoi ? :
Combien de temps ? :
a quelle période ? :

Système ostéo-articulaire

45. Avez-vous des problème ostéo-articulaire ?

Oui, ostéoporose sans antécédents familiaux Oui, douleurs aux articulation
 Oui, ostéoporose avec antécédents familiaux Oui, douleurs aux muscles
 Non Oui, douleurs dans le dos

46. Avez-vous des pb de diabète? 47. Avez-vous des pb de thyroïde?

Système digestif

48. Quel est votre état dentaire ?

amalgame(s) bridge(s) dent(s) non soignées
 couronne(s) dents saines

49. Quel est votre mastication? 50. Quel est votre digestion?

51. Vous sentez-vous fatigué après le repas ? Oui Non

QUESTIONNAIRE:ANAMNÈSE

Questionnaire en vue d'une première consultation en kinésiologie Adaptogénèse

B-HABITUDES ALIMENTAIRES

Appétit

52. Votre appétit est-il cohérent avec votre activité? Oui Non

53. Avez-vous des fringales?

Non

Oui, vers 17h

Oui, vers 11h

Oui, après le repas du soir

54. Avez-vous des troubles alimentaires?

55. Consommez-vous des produits biologiques?

56. Quel(s) type(s) de sucres utilisez-vous régulièrement?

miel

sucre blanc

sirop végétal

édulcorants

sucre roux

autre

57. Quel type de pains, pâtes, riz et farines consommez-vous régulièrement?

raffinés

semi-raffinés

complets

58. Quel(s) type(s) d'huile consommez-vous régulièrement?

biologique

olive

1ère pression à froid

mélange

tournesol

noix

colza

autres

59. Que consommez-vous régulièrement?

produits préparés industriels

produits frais

produits surgelés

conserves

60. Prenez-vous le matin un petit-déjeuner? Si oui de quoi se compose-t-il en général?

61. Que consommez-vous en général le midi

sandwich

fastfood, pizza

salade composée

soupe

plat cuisiné

plats cuisinés industriels

maison

rien

QUESTIONNAIRE:ANAMNÈSE

Questionnaire en vue d'une première consultation en kinésiologie Adaptogénèse

62. Les produits laitiers que vous consommez en majorité, sont issus de lait de ...?

vache

chèvre, brebis

végétaux

63. Quelle(s) eau(x) buvez vous régulièrement?

eau du robinet

eau de source

eau filtrée

eau gazeuse

eau minérale

64. Combien d'eau buvez vous en moyenne par jour? 65. Etes vous plus attiré(e) par le ..?

sucré

salé

66. A quelle fréquence consommez vous...

Café

Thé, Infusion

Jus de fruits, soda

Vin

Apéritif

Fruits frais

Fromage

Poisson

Viande blanche (volaille, porc)

Viande rouge

Charcuterie

Légumes frais et/ou surgelés

Féculents
(pain,riz,pâte,pomme de terre)

Pâtisseries/gâteaux/desserts
hors fruits

Lait, yaourt, fromage blanc,
desserts lactés