



## Fiche santé patient Centre médecine intégrative

### Informations personnelles

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Rue & localité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Statut social (marié, enfants, ...) : \_\_\_\_\_

Adressé par : \_\_\_\_\_

### Informations médicales :

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Médecins spécialistes consultés jusqu'à ce jour : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thérapies complémentaires effectuées jusqu'à ce jour : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plaintes/symptômes principaux (maximum 3) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Antécédents médicaux/chirurgicaux/grossesses : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Allergies médicamenteuses/alimentaires/autres : \_\_\_\_\_

---

---

Traitements et compléments alimentaires actuels : \_\_\_\_\_

---

---

Tabac :            Non                    Oui

Drogues :        Non                    Oui    Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Vaccins : \_\_\_\_\_

---

---

Maladies dans la famille : \_\_\_\_\_

---

---

Poids actuel (en kg) : \_\_\_\_\_ Taille actuelle (en cm) : \_\_\_\_\_

Sensation globale de votre état de santé de 0 à 10 (10 étant un état de santé parfait selon votre ressenti) : \_\_\_\_\_

Raisons de vouloir une prise en charge, raisons qui motivent un changement :

---

---

Parmi les thérapies et soins médicaux proposés au Centre, lesquels vous intéressent ?

---

---

Avez-vous une assurance complémentaire? \_\_\_\_\_

