

## FICHE D'ANAMNÈSE – NATUROPATHE

Cabinet Bien-être Finsac Stéphanie  
36 route d'ainay  
03360

Date du RDV : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### \*\*1. IDENTITÉ\*\*

Nom Prénom : \_\_\_\_\_  
Âge : \_\_\_\_ ans    Taille : \_\_\_\_ cm    Poids : \_\_\_\_ kg  
Profession : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_    Mail : \_\_\_\_\_

### \*\*2. MOTIF DE CONSULTATION\*\*

(plusieurs choix possibles)

- Vitalité / fatigue chronique
- Troubles digestifs
- Surpoids / prise de poids
- Stress, anxiété, burn-out
- Sommeil
- Douleurs / inflammation
- Problèmes hormonaux (règles, ménopause, thyroïde...)
- Préparation grossesse / post-partum
- Autre : \_\_\_\_\_

### \*\*3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX\*\*

Maladies : \_\_\_\_\_  
Opérations / hospitalisations : \_\_\_\_\_  
Allergies / intolérances : \_\_\_\_\_  
Vaccins à jour ?  Oui  Non

### \*\*4. TRAITEMENTS EN COURS\*\*

Médicaments :  
 Antidouleurs     Anti-inflammatoires  
 Antidépresseurs / anxiolytiques  
 Contraception hormonale  
 Thyroïde  
 Autre : \_\_\_\_\_  
Compléments alimentaires : \_\_\_\_\_

### \*\*5. HYGIÈNE DE VIE\*\*

Sommeil : \_\_\_\_ h / nuit    Heure du coucher : \_\_\_\_ h  
Sport :  Aucun     1×/sem     2-3×/sem     +  
Activité : \_\_\_\_\_  
Temps écran soir : \_\_\_\_ h  
Exposition soleil :  < 15 min/j     > 30 min/j

**\*\*6. ALIMENTATION (fréquence hebdo)\*\***

Légumes crus : \_\_\_ repas    Légumes cuits : \_\_\_ repas  
Fruits : \_\_\_ / jour  
Protéines animales : \_\_\_ repas  
Céréales / féculents : \_\_\_ repas  
Produits laitiers : \_\_\_ repas  
Sucres / gâteaux : \_\_\_ fois  
Café : \_\_\_ tasses    Alcool : \_\_\_ verres  
Eau : \_\_\_ L / jour

**\*\*7. DIGESTION\*\***

Transit :  Quotidien     1×/2 j     < 2×/sem  
 Ballonnements     Gaz     Reflux     Constipation  
 Selles molles / diarrhée

**\*\*8. ÉNERGIE & HUMEUR\*\***

Matin :  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (10 = en forme)  
14 h :  Coup de barre  
Soir : \_\_\_ h → KO  
 Irritabilité     Tristesse     Anxiété

**\*\*9. FEMMES\*\***

Règles :  Régulières (cycle \_\_\_ j)     Irrégulières  
 Douleurs     SPM fort     Flux abondant  
Ménopause ?  Non     Péri     Oui depuis \_\_\_ ans  
Contraception : \_\_\_\_\_

**\*\*10. HÉRÉDITÉ\*\***

Diabète     Hypertension     Cancer     Thyroïde   
Maladies auto-immunes

**\*\*11. VOTRE OBJECTIF EN 3 MOTS\*\***

Exemple : « dormir, digérer, mincir »

---

**\*\*12. CE QUE VOUS ÊTES PRÊT(E) À CHANGER\*\***

Alimentation     Sommeil     Sport  
 Gestion du stress     Temps pour soi

**\*\*13. UNE QUESTION QUE VOUS VOUS POSEZ\*\***

---

Je certifie exactes les informations ci-dessus.

Date & signature :

## À REMPLIR CHEZ VOUS

**\*\*JOURNAL 3 JOURS (exemple en bas)\*\***

Copiez ce tableau 3 fois (petit-déj → coucher)

**\*\*JOUR 1 – Date : \_\_\_ / \_\_\_\*\***

Heure	Repas / Boisson	Humeur (1–10)	Énergie
-------	-----------------	---------------	---------

7 h	Café + tartines	6	
-----	-----------------	---	--

10 h	...		
------	-----	--	--

12 h30	...		
--------	-----	--	--

...

**\*\*Observations\*\***

Faim 2 h après repas

Envie de sucré 16 h

Maux de tête

Autre : \_\_\_\_\_

**\*\*MERCİ !\*\***

À biento, on va tout déchirer 🌿

Ta naturopathe