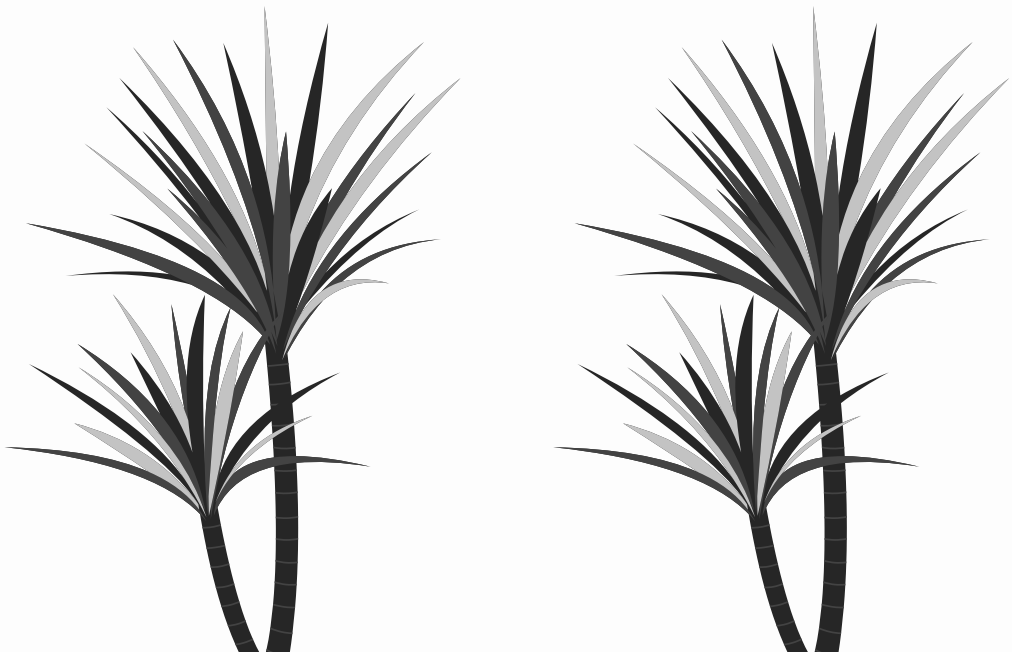
Mon carnet de naturopathie



FICHE	DATE	NOM	SUIVI
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			

FICHE	DATE	NOM	SUIVI
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			

FICHE	DATE	NOM	SUIVI
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			

FICHE	DATE	NOM	SUIVI
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			

FICHE	DATE	NOM	SUIVI
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

FICHE D'IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____

..... _____

@ : _____ Sexe : ♂ ☐ ♀ ☐

Date de naissance :_____ Lieu de naissance : _____

Situation familiale : Marié : ☐ Pacsé : ☐ Célibataire : ☐

Enfants : _____ Divorcé : ☐ Veuve/veuf : ☐

Frère et soeur : _____

Qualité des relations familiales : _____

_____

Profession : _____

Qualité des relations professionnelles : _____

_____

Loisirs/activité physique : _____

Condition de vie : _____

Environnement (poussière, pollution) _____

_____

Motif de la visite : _____

Bilan de santé

Poids :_____ Taille : _____ Groupe sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Enceinte : _____ Tabac : _____ Allaitement : _____

Etat des vaccinations :_____

Traitements en cours :_____

Problèmes de santée : _____

Thérapie en cours : _____

Antécédents médicaux :_____

Antécédents familiaux : _____

Intervention chirurgicale : _____

Allergies : _____

Naissances (césarienne:_____

Bilan de vitalité

Morphopsychologie : _____

Diathèse : _____

_____

Autre bilan : _____

_____

Qualité des émonctoires (foie, reins, poumons, peau, intestins) :

_____

_____

Fréquence et qualité des selles : _____

_____

Qualité et quantité du sommeil : _____

_____

Bilan alimentaire

Matin : _____

Midi : _____

Soir : _____

Collation : _____

Grignotage : _____

Boisson : _____

Huile : _____

Durée des repas : _____

Observation et notes

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FICHE D'IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____

..... _____

@ : _____ Sexe : ♂ ☐ ♀ ☐

Date de naissance :_____ Lieu de naissance : _____

Situation familiale : Marié : ☐ Pacsé : ☐ Célibataire : ☐

Enfants : _____ Divorcé : ☐ Veuve/veuf : ☐

Frère et soeur : _____

Qualité des relations familiales : _____

_____

Profession : _____

Qualité des relations professionnelles : _____

_____

Loisirs/activité physique : _____

Condition de vie : _____

Environnement (poussière, pollution) _____

_____

Motif de la visite : _____

Bilan de santé

Poids :_____ Taille : _____ Groupe sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Enceinte : _____ Tabac : _____ Allaitement : _____

Etat des vaccinations :_____

Traitements en cours :_____

Problèmes de santée : _____

Thérapie en cours : _____

Antécédents médicaux :_____

Antécédents familiaux : _____

Intervention chirurgicale :_____

Allergies : _____

Naissances (césarienne:_____

Bilan de vitalité

Morphopsychologie : _____

Diathèse : _____

_____

Autre bilan : _____

_____

Qualité des émonctoires (foie, reins, poumons, peau, intestins) :

_____

_____

Fréquence et qualité des selles : _____

_____

Qualité et quantité du sommeil : _____

_____

Bilan alimentaire

Matin : _____

Midi : _____

Soir : _____

Collation : _____

Grignotage : _____

Boisson : _____

Huile : _____

Durée des repas : _____

Observation et notes

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FICHE D'IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____

..... _____

@ : _____ Sexe : ♂ ☐ ♀ ☐

Date de naissance :_____ Lieu de naissance : _____

Situation familiale : Marié : ☐ Pacsé : ☐ Célibataire : ☐

Enfants : _____ Divorcé : ☐ Veuve/veuf : ☐

Frère et soeur : _____

Qualité des relations familiales : _____

_____

Profession : _____

Qualité des relations professionnelles : _____

_____

Loisirs/activité physique : _____

Condition de vie : _____

Environnement (poussière, pollution) _____

_____

Motif de la visite : _____

Bilan de santé

Poids :_____ Taille : _____ Groupe sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Enceinte : _____ Tabac : _____ Allaitement : _____

Etat des vaccinations :_____

Traitements en cours :_____

Problèmes de santée : _____

Thérapie en cours : _____

Antécédents médicaux :_____

Antécédents familiaux : _____

Intervention chirurgicale :_____

Allergies : _____

Naissances (césarienne:_____

Bilan de vitalité

Morphopsychologie : _____

Diathèse : _____

_____

Autre bilan : _____

_____

Qualité des émonctoires (foie, reins, poumons, peau, intestins) :

_____

_____

Fréquence et qualité des selles : _____

_____

Qualité et quantité du sommeil : _____

_____

Bilan alimentaire

Matin : _____

Midi : _____

Soir : _____

Collation : _____

Grignotage : _____

Boisson : _____

Huile : _____

Durée des repas : _____

Observation et notes

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FICHE D'IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____

..... _____

@ : _____ Sexe : ♂ ☐ ♀ ☐

Date de naissance :_____ Lieu de naissance : _____

Situation familiale : Marié : ☐ Pacsé : ☐ Célibataire : ☐

Enfants : _____ Divorcé : ☐ Veuve/veuf : ☐

Frère et soeur : _____

Qualité des relations familiales : _____

_____

Profession : _____

Qualité des relations professionnelles : _____

_____

Loisirs/activité physique : _____

Condition de vie : _____

Environnement (poussière, pollution) _____

_____

Motif de la visite : _____

Bilan de santé

Poids :_____ Taille : _____ Groupe sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Enceinte : _____ Tabac : _____ Allaitement : _____

Etat des vaccinations :_____

Traitements en cours :_____

Problèmes de santée : _____

Thérapie en cours : _____

Antécédents médicaux :_____

Antécédents familiaux : _____

Intervention chirurgicale : _____

Allergies : _____

Naissances (césarienne:_____

Bilan de vitalité

Morphopsychologie : _____

Diathèse : _____

_____

Autre bilan : _____

_____

Qualité des émonctoires (foie, reins, poumons, peau, intestins) :

_____

_____

Fréquence et qualité des selles : _____

_____

Qualité et quantité du sommeil : _____

_____

Bilan alimentaire

Matin : _____

Midi : _____

Soir : _____

Collation : _____

Grignotage : _____

Boisson : _____

Huile : _____

Durée des repas : _____

Observation et notes

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FICHE D'IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____

..... _____

@ : _____ Sexe : ♂ ☐ ♀ ☐

Date de naissance :_____ Lieu de naissance : _____

Situation familiale : Marié : ☐ Pacsé : ☐ Célibataire : ☐

Enfants : _____ Divorcé : ☐ Veuve/veuf : ☐

Frère et soeur : _____

Qualité des relations familiales : _____

_____

Profession : _____

Qualité des relations professionnelles : _____

_____

Loisirs/activité physique : _____

Condition de vie : _____

Environnement (poussière, pollution) _____

_____

Motif de la visite : _____

Bilan de santé

Poids :_____ Taille : _____ Groupe sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Enceinte : _____ Tabac : _____ Allaitement : _____

Etat des vaccinations :_____

Traitements en cours :_____

Problèmes de santée : _____

Thérapie en cours : _____

Antécédents médicaux :_____

Antécédents familiaux : _____

Intervention chirurgicale :_____

Allergies : _____

Naissances (césarienne:_____

Bilan de vitalité

Morphopsychologie : _____

Diathèse : _____

_____

Autre bilan : _____

_____

Qualité des émonctoires (foie, reins, poumons, peau, intestins) :

_____

_____

Fréquence et qualité des selles : _____

_____

Qualité et quantité du sommeil : _____

_____

Bilan alimentaire

Matin : _____

Midi : _____

Soir : _____

Collation : _____

Grignotage : _____

Boisson : _____

Huile : _____

Durée des repas : _____

Observation et notes

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FICHE D'IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____

..... _____

@ : _____ Sexe : ♂ ☐ ♀ ☐

Date de naissance :_____ Lieu de naissance : _____

Situation familiale : Marié : ☐ Pacsé : ☐ Célibataire : ☐

Enfants : _____ Divorcé : ☐ Veuve/veuf : ☐

Frère et soeur : _____

Qualité des relations familiales : _____

_____

Profession : _____

Qualité des relations professionnelles : _____

_____

Loisirs/activité physique : _____

Condition de vie : _____

Environnement (poussière, pollution) _____

_____

Motif de la visite : _____

Bilan de santé

Poids :_____ Taille : _____ Groupe sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Enceinte : _____ Tabac : _____ Allaitement : _____

Etat des vaccinations :_____

Traitements en cours :_____

Problèmes de santée : _____

Thérapie en cours : _____

Antécédents médicaux :_____

Antécédents familiaux : _____

Intervention chirurgicale : _____

Allergies : _____

Naissances (césarienne:_____

Bilan de vitalité

Morphopsychologie : _____

Diathèse : _____

_____

Autre bilan : _____

_____

Qualité des émonctoires (foie, reins, poumons, peau, intestins) :

_____

_____

Fréquence et qualité des selles : _____

_____

Qualité et quantité du sommeil : _____

_____

Bilan alimentaire

Matin : _____

Midi : _____

Soir : _____

Collation : _____

Grignotage : _____

Boisson : _____

Huile : _____

Durée des repas : _____

Observation et notes

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FICHE D'IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____

..... _____

@ : _____ Sexe : ♂ ☐ ♀ ☐

Date de naissance :_____ Lieu de naissance : _____

Situation familiale : Marié : ☐ Pacsé : ☐ Célibataire : ☐

Enfants : _____ Divorcé : ☐ Veuve/veuf : ☐

Frère et soeur : _____

Qualité des relations familiales : _____

_____

Profession : _____

Qualité des relations professionnelles : _____

_____

Loisirs/activité physique : _____

Condition de vie : _____

Environnement (poussière, pollution) _____

_____

Motif de la visite : _____

Bilan de santé

Poids :_____ Taille : _____ Groupe sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Enceinte : _____ Tabac : _____ Allaitement : _____

Etat des vaccinations :_____

Traitements en cours :_____

Problèmes de santée : _____

Thérapie en cours : _____

Antécédents médicaux :_____

Antécédents familiaux : _____

Intervention chirurgicale :_____

Allergies : _____

Naissances (césarienne:_____

Bilan de vitalité

Morphopsychologie : _____

Diathèse : _____

_____

Autre bilan : _____

_____

Qualité des émonctoires (foie, reins, poumons, peau, intestins) :

_____

_____

Fréquence et qualité des selles : _____

_____

Qualité et quantité du sommeil : _____

_____

Bilan alimentaire

Matin : _____

Midi : _____

Soir : _____

Collation : _____

Grignotage : _____

Boisson : _____

Huile : _____

Durée des repas : _____

Observation et notes

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FICHE D'IDENTITE

Nom : _____ Prénom : _____

..... _____

@ : _____ Sexe : ♂ ☐ ♀ ☐

Date de naissance :_____ Lieu de naissance : _____

Situation familiale : Marié : ☐ Pacsé : ☐ Célibataire : ☐

Enfants : _____ Divorcé : ☐ Veuve/veuf : ☐

Frère et soeur : _____

Qualité des relations familiales : _____

_____

Profession : _____

Qualité des relations professionnelles : _____

_____

Loisirs/activité physique : _____

Condition de vie : _____

Environnement (poussière, pollution) _____

_____

Motif de la visite : _____

Bilan de santé

Poids :_____ Taille : _____ Groupe sanguin : ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O

Enceinte : _____ Tabac : _____ Allaitement : _____

Etat des vaccinations :_____

Traitements en cours :_____

Problèmes de santée : _____

Thérapie en cours : _____

Antécédents médicaux :_____

Antécédents familiaux : _____

Intervention chirurgicale : _____

Allergies : _____

Naissances (césarienne:_____