



ICM

INSTITUT FÜR CHINESISCHE MEDIZIN

Afin de pouvoir vous traiter au mieux nous avons besoin d'informations concernant votre état de santé. En médecine traditionnelle chinoise (MTC) toutes ces données rassemblées nous permettent d'établir un diagnostic individuel.

Prenez votre temps pour répondre à ce questionnaire. C'est un élément important pour entreprendre des soins. Ce questionnaire sera l'objet de la première visite.

Cocher si la réponse est OUI

En cas d'incertitude cocher à côté

Antécédents familiaux:

	<i>Vous- même</i>	<i>enfant</i>	<i>mère</i>	<i>père</i>	<i>soeur</i>	<i>frère</i>
Décédé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie génétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles psychiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeur / carcinome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie sanguine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rhumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension / cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie /peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme /Poumon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rein / vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estomac / intestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie / neuralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool / drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maladie infantiles / en cas de vaccination un + devant (+):

- rougeole
- oreillons
- polyomélite
- varicelle

- coqueluche
- diphtérie
- scarlatine
- rubéole

Avez-vous en ou eu des troubles de santé avec:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Thyroïde |
| <input type="checkbox"/> Maladie de la peau | <input type="checkbox"/> Estomac |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Intestin / hémorroïdes |
| <input type="checkbox"/> Pancréas | <input type="checkbox"/> Neuralgie |
| <input type="checkbox"/> Rate | <input type="checkbox"/> Disque intervertébral |
| <input type="checkbox"/> Maladie du foie | <input type="checkbox"/> AVC |
| <input type="checkbox"/> Paludisme | <input type="checkbox"/> Maladie vénérienne |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Maladie oculaire |

Autres maladies ?

Étiez-vous allé à l'hôpital ? Pour quelle raison, quand, combien de temps ?

- Avez-vous des éruptions cutanées / des sensations d'insensibilité ?
- Avez-vous des hématomes (bleus) facilement ?
- Avez-vous des saignements dûs à des blessures difficiles à stopper ?
- Avez-vous des engourdissement, élancement, brûlures, démangeaisons, cicatrices ?
- Avez-vous des évanouissements / flash, étourdissement ?
- Tremblez-vous (des mains, du corps) ?
- Est-ce que vous avez remarqué un changement d'écriture dernièrement?
- Avez-vous des difficultés à vous concentrer ou vous souvenir ?
- Avez-vous des difficultés à prendre des décisions ?
- Vous sentez vous souvent seul et déprimé / pleurez-vous souvent ?
- Avez-vous du mal à vous détendre / êtes-vous soucieux ?
- Avez-vous des cauchemars / des pensées anxiogènes?
- Êtes-vous rapidement en colère / facilement troublé ?
- Avez-vous des problèmes familiaux ou professionnels/ difficulté sexuelle ?
- Avez-vous déjà pensé au suicide ?
- Avez-vous déjà eu recours à l'aide psychiatrique ?
- Avez-vous pris ou perdu 5 kg dans les derniers mois ?
- Avez-vous trop chaud ou trop froid ?
- N'avez-vous pas envie de manger ou êtes-vous plutôt affamé ?
- Avez-vous soif plus que d'habitude ou plutôt moins ?
- Avez-vous des gonflements aux axillaires / à l'aine ?,
- Etes-vous continuellement fatigué ou facilement épuisé ?
- Avez-vous des activités sportives / plus que 3 fois par semaine ?
- Buvez-vous plus de 3 tasses de café /cola / thé noir par jour ?
- Fumez vous ?
- Consommez-vous chaque jour de l'alcool / marijuana ?
- Pensez-vous régulièrement des somnifères, antalgiques, calmants ?
- Utilisez-vous de l'héroïne/ cocaïne / LSD / ecstasy /speed ?

- Avez-vous des problèmes ou brûlures d'estomac ?
- Avez-vous des ballonnements après le repas, devez-vous rôter ?
- Avez-vous rapidement des nausées ?
- Avez-vous déjà vomi du sang ?
- Avez-vous des douleurs à la déglutition ?
- Souffrez-vous de constipation plus de deux fois par semaine ?
- Avez-vous des selles informes ?
- Avez-vous des selles noires ou saignantes ?
- Avez-vous des douleurs au moment des selles / des saignements au rectum ?
- Allez-vous uriner régulièrement la nuit ?
- Allez-vous urinez plus de six fois par jour ?
- Mouillez-vous vos sous-vêtements ou votre lit ?
- Ressentez-vous des brûlures à la miction ?
- Votre urine est-elle brune ou saignante ?
- Avez-vous des difficultés à commencer d'uriner / ou urinez-vous très souvent ?
- Avez-vous des maux de tête plus d'une fois par semaine ?
- Portez-vous des lunettes ou lentilles / voyez-vous trouble ?
- Voyez-vous parfois double ?
- Avez-vous les yeux secs ou mouillés ?
- Entendez-vous mal ?
- Vos oreilles sont-elles douloureuses / Avez-vous des écoulements ?
- Avez-vous parfois ou toujours des bruits dans l'oreille ?
- Avez-vous des problèmes dentaires / sensibilité / langue douloureuse ?
- Avez-vous des gencives gonflées ou rétractées ?
- Votre goût ou odorat ont-ils changés récemment ?
- Avez-vous le nez bouché ou coulant sans rhume ?
- Avez-vous des éternuements ou saignements du nez sans raisons ?
- Etes-vous enrhumé plusieurs mois en continu ?
- Avez-vous la voix cassée / des maux de gorge sans rhume ?
- Avez-vous les amygdales enflées ?
- Avez-vous des crises de toux ?
- Etes-vous essoufflé / avez-vous besoin de beaucoup de coussins pour dormir ?
- Avez-vous des crachats / avec saignements ?
- Vous réveillez-vous la nuit avec essoufflement et toux ?
- Transpirez-vous plus que d'habitude / la nuit ?
- Avez-vous de l'hypertension / des vertiges ?
- Avez-vous de forts battements de cœur ?
- Avez-vous des douleurs ou oppression à la poitrine ?
- Vos chevilles / pieds sont-ils enflés ?
- Avez-vous des crampes la nuit ou en courant ?

Femmes:

- Etes-vous en ménopause ?
 - Avez-vous subi une ablation de l'utérus ?
 - Avez-vous des saignements après les rapports ?
 - Avez-vous des pertes vaginales / des démangeaisons ?
 - Avez-vous des saignements entre les menstruations ?
 - Faites-vous un autocontrôle des seins une fois par mois ?
 - Avez-vous remarqué la formation de ganglions ou de douleurs aux seins ?
- Denier teste PAP (Papilloma virus) / prélèvement :
Combien de grossesses avez-vous eu :
Combien d'enfants avez-vous :

Hommes:

- Le jet d'urine est-il lent ou faible ?
 - Avez-vous des brûlures / pertes du pénis ?
 - Avez-vous des enflures ou ganglions aux testicules ?
 - Avez-vous des douleurs aux testicules ?
- Dernier examen de la prostate :

Médicaments prescrits :

Pays visités l'an dernier :

Quelles autres thérapies utilisez-vous :

Quel sont les raisons qui vous amènent à consulter un/une praticien/ne de Médecine chinoise :

Quel est votre médecin traitant et quels autres médecins vous suivent ?