

# ACUPUNCTURE Anamnèse bioénergétique

**Date** \_\_\_\_\_

**Nom** \_\_\_\_\_

**Prénom** \_\_\_\_\_

**Date de naissance** \_\_\_\_\_

**Heure de naissance** \_\_\_\_\_

**Profession** \_\_\_\_\_

**Etat civil** \_\_\_\_\_

**Nombre d'enfants** \_\_\_\_\_

**Poids en kg** \_\_\_\_\_

**Taille** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**No de tél. Privé** \_\_\_\_\_

**No de tél. prof.** \_\_\_\_\_

**Portable** \_\_\_\_\_

**Caisse maladie** \_\_\_\_\_

## 1) Troubles actuels

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2) Médicaments actuels

\_\_\_\_\_

## 3) Anamnèse familiale Etats de santé ou, le cas échéant, causes et âge des parents décédés

**Grands-parents** paternels: grand-père \_\_\_\_\_

grand-mère \_\_\_\_\_

maternels: grand-père \_\_\_\_\_

grand-mère \_\_\_\_\_

**Parents** père: \_\_\_\_\_

mère: \_\_\_\_\_

Des membres de votre famille ont-ils eu les maladies suivantes?

Utilisez les signes suivants pour:

Père - Mère / Grand-parents ° Fr ère ou soeur +

Cancer	Obésité	Asthme	Estomac	Nerfs	Tuberculose	Mal. Card.
Rhumatisme	Bile	Troubles psych.	Goutte	Attaque	Mal. de la peau	Reins
Convulsions	Diabète	Hypertension	Mal.syst.nerveux	Calculs	Affect.génétiques	Yeux
Oreilles	Allergies	Ganglion lymph.	Sclérose en Plaques	Autres:		

## 4. Anamnèse personnelle

### 4.1. Etat de santé au cours de la petite enfance

#### Accident, maladies ous perturbations émotionnelles de la mère pendant la grossesse

---

Naissance normale	Naissance prématurée	Césarienne	Naissance aux forceps
Tendance à la température	OUI	NON	
Digestion	<hr/>		
Selles	<hr/>		
Tendance aux vomissements	OUI	NON	
Rapport aux parents et aux frères et soeurs	<hr/>		

### 4.2. Etat général et capacités de travail au cours de la scolarité

par ex. calme, rêveur, appliqué, doué mais paresseux, vif, etc. 

---

### 4.3. Etat général et capacités de travail de la fin de la scolarité à nos jours

---

---

### 4.4. Evénements traumatisants (avec indication de l'année)

---

---

### 4.5. Radiographies

#### Rayons-X

quand	<hr/>
où	<hr/>
pourquoi	<hr/>
résultats	<hr/>

### 4.6. Opérations et accidents

---

---

### 4.7. Cicatrices où?

---

### 4.8. Verrues où?

---

## 5. Vaccins

Vaccins	Années					Substance
Tbc						
Diphthérie						
Coqueluche						
Tétanos						
Polio						
Rougeole						
Variolle						
Rubéole						
Scarlatine						
Typhus pétéchial						
Fièvre jaune						
Cholera						
Jaunisse						
Rage						
(Para) Typhus						
Grippe						
Autres						

## 6. Maladies que vous avez contractées (avec indication de l'année)

	Printemps	Été	Automne	Hiver
Rougeole				
Oreillons				
Rubéole				
Varicelle				
Coqueluche				
Diphthérie				
Scarlatine				
Angine				
Fièvre rhumatisme				
Jaunisse				
(Para) Typhus				
Dysenterie				
Malaria				
Tbc				
Affections génit.				
Diabète sucré				
Asthme				
Autres				

## 7. Humeur et comportement

Coléreux \_\_\_\_\_  
Intérieurement tendu \_\_\_\_\_  
Explosif, colérique \_\_\_\_\_  
Joyeux \_\_\_\_\_  
Préoccupé \_\_\_\_\_  
Pensif \_\_\_\_\_  
Soucieux \_\_\_\_\_  
Triste \_\_\_\_\_  
Anxieux \_\_\_\_\_  
Energique, déterminé \_\_\_\_\_  
Susceptible \_\_\_\_\_  
Apparemment calme \_\_\_\_\_  
Fatigue \_\_\_\_\_

## 8. Sommeil (souligner ce qui convient)

normal      calme      agité      profond      léger  
sur le dos    le ventre    côté droite    côté gauche    différent  
Difficultés à s'endormir    OUI      NON  
Insomnies      OUI      NON  
A quelle heure de la nuit vous réveillez-vous? \_\_\_\_\_  
Etes-vous fatigué le matin    OUI      NON  
Rêves      aucun      beaucoup      agréable      désagréable

## 9. Maux de tête (souligner ce qui convient)

Si oui, quand?      le matin      à midi      le soir      la nuit  
Où?      droite      gauche      front      arrière tête  
Jusqu'où?    (par ex. de l'arrière de la tête à droite jusqu'à l'oreil gauche) \_\_\_\_\_  
Avant ou au cours de brusques changements de temps?      OUI      NON  
Avant, pendant ou après les règles?      OUI      NON      si oui, quand: \_\_\_\_\_  
En cas de nervosité?      OUI      NON

## 10. Vertiges

OUI      NON      si oui, quand? \_\_\_\_\_

Description: par ex. en ascenceur, ou avec impression de tomber à droite ou à gauche, etc.

\_\_\_\_\_

## 11. Coeur et vaisseaux sanguins (souligner ce qui convient)

Sentiment d'oppression	_____
Battement du coeur	_____
Palpitations cardiaques	_____
Difficultés à respirer: à l'effort, au repos	_____
Angoisses (par ex. la nuit)	_____
Impression de chaleur à la tête	_____
Troubles d'irrigation sanguine (si oui, où?)	_____
Mal au coeur	_____
Autres	_____

## 12. Foie, bile, estomac, intestins (souligner ce qui convient)

nausées	vomissements (également indépendamment des repas)	OUI	NON
renvois	hoquet aigreus ballonnement	OUI	NON
lourdeur avant/pendant/immédiatement/quelques heures après le repas		OUI	NON
fatigué après le repas		OUI	NON

### Envies de:

aigre  
amer  
doux  
piquant  
salé  
chaud  
froid  
viande  
saucisse  
poisson  
oeufs  
gras  
lait  
pommes de terres  
fruits  
légumes

### Aversions pour:

aigre  
amer  
doux  
piquant  
salé  
chaud  
froid  
viande  
saucisse  
poisson  
oeufs  
gras  
lait  
pommes de terres  
fruits  
légumes

### Douleurs si:

aigre  
amer  
doux  
piquant  
salé  
chaud  
froid  
viande  
saucisse  
poisson  
oeufs  
gras  
lait  
pommes de terres  
fruits  
légumes

alcool	combien de fois par jour	_____
nicotine	combien de fois par jour	_____
café	combien de fois par jour	_____

**13. Avez-vous facilement froid?** (souligner ce qui convient) OUI NON

Mains: chaudes froides

Pieds: chauds froids

**14. Transpirez-vous facilement?** (souligner ce qui convient) OUI NON

Sueur: chaude froide collante huileuse jaune malodorante

Sueur nocturne: OUI NON

Sueur frontale: OUI NON

Sueur et essoufflement au moindre effort: OUI NON

**15. Sensibilité au temps?** (souligner ce qui convient) OUI NON

Troubles \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**16. Quand vous sentez-vous le mieux?** (souligner ce qui convient)

le matin à midi l'après-midi le soir la nuit  
au printemps en été vers la fin de l'été en automne en hiver

**17. Quand vous sentez-vous le moins bien?** (souligner ce qui convient)

le matin à midi l'après-midi le soir la nuit  
au printemps en été vers la fin de l'été en automne en hiver

**18. Pertes ou gains subits de poids?** Pertes? \_\_\_\_\_ Gains? \_\_\_\_\_

Depuis quand? \_\_\_\_\_ Nombre de kg? \_\_\_\_\_

**19. Vie sexuelle?** (souligner ce qui convient)

encore aucune peu normale excessive aversion  
saignements au cours des rapports douleurs au cours des rapports

**20. Affection des oreilles?** (souligner ce qui convient)

Bruits (tintements): aigus sourds \_\_\_\_\_

Bourdonnements: OUI NON

si oui: à gauche à droite

Ouïe: bonne en baisse mauvaise à droite à gauche des deux côtés

**21. Reins, vessie** (souligner ce qui convient)

Vous urinez combien de fois par jour? \_\_\_\_\_

la nuit

OUI

NON

si oui, combien de fois? \_\_\_\_\_

Couleur de l'urine: aqueuse

jaune

jaune foncé

brunâtre

rougeâtre

autre

Troubles en urinant

OUI

NON

si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Difficulté à uriner

OUI

NON

Formation d'œdème

OUI

NON

Calculs rénaux

OUI

NON

Calculs biliaires

OUI

NON

**22. Avez-vous eu des maladies touchants** (souligner ce qui convient)

Musculature \_\_\_\_\_

Tissu adipeux \_\_\_\_\_

Ossature \_\_\_\_\_

Colonne vertébrale \_\_\_\_\_

Articulations \_\_\_\_\_

Système nerveux \_\_\_\_\_

Organe des sens \_\_\_\_\_

**23. Avez-vous eu des maladies touchant** (souligner ce qui convient)

Pancréas

Sang globules / hémorroïdes / vitesse de sédimentation

Prostate

Utérus

Orifice de l'uterus

Pénis

Ovaires

Dermographisme

oeil luisant

tremblements des doigts

Mains moites

## 24. Comment est?

<b>Appétit</b>	normal	grand	mauvais	la nuit				
<b>Soif</b>	normale	grande	peu	chaud	froid			
<b>Goût dans la bouche</b>	aigre	amer	doux	fade	métallique	rebutant	salé	
<b>Selles</b>	combien de fois par jour: _____							
	consistance:	homogène	morcellée	dure	pâteuse	molle	liquide	mousseuse
	couleur:	violet	noir	gris	brun clair	brun foncé	rouge clair	
	vers:	OUI	NON					
<b>Laxatifs</b>	OUI	NON						
	si oui, lesquels?		_____					
<b>Hémorragies</b>	OUI	NON						
	si oui, depuis quand?		_____					
			avec saignements			sans saignements		
			douleuruses			pas douleuruses		
<b>Fistule anale</b>	OUI	NON						

## 25. Affections sanguines

---

---

## 26. Système immunitaire

---

---

## 27. Ulcères (Jambe, organe digestif)

---

---



## Nez (souligner ce qui convient)

sans rhume	humide	sec				
narines	sec et noir	comme de la suie		froid	humide	noir
nez bouché	avec sécrétions impures			avec sécrétions claires, pures		
pointe du nez	noir	blanc	jaune	rouge	bleu	
ailles nasales tremblentes	OUI	NON				

## Bouche (souligner ce qui convient)

Muqueuse buccale	sèche	humide	fissuré	sale		
	sans dépôt		dépôt jaunâtre			
Dents	bruxomanie (grincement des dents):			OUI	NON	
	trismus			OUI	NON	
	présence de dent de devitalisée			OUI	NON	
	date de la dernière radio dentaire			<hr/>		

## Langue (souligner ce qui convient)

etat	humide	sèche	avec muscosités	tremblente	glissante	rêche
	raide et dur	légèrement gonflé		retracté + scrotum		immobile
	rentrer-sortie	droit-gauche	molle + inerte	base de la langue rouge + mate		
couleur	frais	rose	rouge foncé	violet	bleu foncé	
depôt	blanc	jaune	brun	noir	vert	
	épais	faible	consistant	fin	fluide	

## Lèvres (souligner ce qui convient)

surface externe	humides	sèches	glacées			
couleurs	rouge	enflammé et sèche				
	frâiche et humide, lèvres et bouche bleu-nuit / violet / travers					
	pâle	rouge clair	gonflés et sèches	et langue rétréci avec contours noirc		

## Larynx

---

## Glande thyroïde

---

## Ganglions lymphatiques

---

## 38. Règles

Quand avez-vous eu vos premières règles' âge; \_\_\_\_\_

Durée de vos règles? jours: \_\_\_\_\_

Durée entre chaque règles? jours: \_\_\_\_\_

Troubles accompagnant les règles? OUI NON  
si oui: mal aux reins? maux de ventre?

Mauvaise humeur? avant vos règles pendant vos règles après vos règles

Aucun trouble? \_\_\_\_\_

Portez-vous un stérilet? OUI NON

Prenez-vous la pilule? OUI NON

Quand avez-vous eu vos dernières règles (ménopause)? âge: \_\_\_\_\_

Accompagnée de troubles? OUI NON  
si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

Avez-vous des pertes? OUI NON  
si oui: beaucoup peu sentant mauvais  
couleure: verdâtre rougeâtre jaunâtres  
blanchâtre noirâtre  
consistance: liquide huileuse

Accouchement(s): \_\_\_\_\_

Fausse(s)-couche(s): \_\_\_\_\_