Sommaire du dossier

Nom, Prénom _____ **État civil** _____

Enfants _____ **Raisons de consultation** _____

Occupation _____

Date	Antécédents médicaux

Date	Antécédents chirurgicaux

Poids
Tour de taille ou IMC

Médicaments

Produits naturels

Antécédents familiaux

Tabac	
Alcool	
Alimentation	
Intolérances aux médicaments	
Café	

Exercices	
Drogue	
Sommeil	
Allergies	
Eau	

Objectifs à atteindre _____