

Nom : Adresse :

Prénom : Téléphone :

Date de naissance : E-mail :

A. Migraine et/ou céphalée:

1. Depuis quel âge souffrez-vous de migraines et/ou céphalées ? (Dates)

.....
.....
.....
.....

2. Décrivez la progression du mal dans le temps

.....
.....
.....
.....

3. Décrivez son intensité (Nausées ? Vomissements ? Durée des crises ?)

.....
.....
.....
.....

4. A quelle fréquence se manifeste le mal ? (Nombre de crises par mois ou par semaine)

.....
.....
.....
.....

5. Où la douleur se localise-t-elle ? (A droite / à gauche / frontale / nuque)

.....
.....
.....
.....

6. Quels sont les facteurs de déclenchement de vos crises ? (Le froid, le stress, les règles, la fatigue, le vin, le chocolat, le manque de sommeil, l'activité physique, sportive, les relations sexuelles, etc.)

.....
.....
.....
.....

7. Quelles sont les médications utilisées en crise ou en traitement de fond ?

.....
.....
.....
.....

8. Quelles sont les médecines consultées et leurs résultats subjectifs ?

.....
.....
.....
.....

9. Quelles sont les pathologies associées à vos migraines et/ou céphalées ? (Ecoulement oculaire, nasal, raideurs de nuque et autres pathologies de l'épaule, sciatalgies, etc.)

.....
.....
.....
.....

10. Vos crises se déclenchent-elles à des rythmes particuliers ? (Réveil la nuit par la migraine (heure précise), le caractère continu ou discontinu, la présence d'une «barre» entre les crises, etc.)

.....
.....
.....
.....

11. Quels sont les impacts sociaux, professionnels, affectifs, financiers de la pathologie ?

.....
.....
.....
.....

12. Y a-t-il dans votre famille d'autres membres touchés par la pathologie ?

.....
.....
.....
.....

B. Contexte traumatique historique (Dates)

1. Avez-vous subi un ou plusieurs traumatismes nuccal ou céphalique ? (Commotion, naissance avec ventouse, forceps, circulaire du cordon, chute de vélo, accident de voiture, chute d'escaliers, de manège, etc.)

.....
.....
.....
.....

2. Avez-vous subi un ou plusieurs traumatisme(s) au niveau des chevilles ? (Entorse, port fréquent de haut-talons, danse classique dans l'enfance, football, etc.)

.....
.....
.....
.....

3. Avez-vous déjà fait une chute sur le coccyx ? (Sur les fesses)

.....
.....
.....

4. Avez-vous souvent des cystites ?

.....
.....

5. Eprenez-vous des douleurs aux rapports sexuels (profonds) ?

.....
.....

6. Vous connaissez-vous des signes d'incontinence ?

.....
.....

C. Antécédents familiaux et personnels médicaux

1. Antécédents relatifs à la thyroïde ? (Décrits plus bas)

.....
.....

2. Antécédents relatifs à la tension ? (Hypotension, hypertension)

.....
.....

3. Médications (toutes) sans oublier la pilule, les traitements pour le cholestérol, la tension artérielles, et les médicaments pour la thyroïde.

Citez les médicaments pris tous les jours ou presque tous les jours.

.....
.....
.....
.....

4. Vous connaissez-vous des addictions médicamenteuses ou autres ?

.....
.....
.....

5. Antécédents dépressifs ? (récents et anciens)

.....
.....
.....

6. Décrivez la qualité de votre sommeil (Durée quotidienne moyenne totale et si présence de réveils la nuit)

.....
.....
.....
.....

7. Existence de grossesses éventuelles et surtout l'état physique d'altération de l'état général qui s'en serait suivi (Fatigue, rhumatisme divers depuis, etc.)

.....
.....
.....
.....

8. Existence d'atteintes virales la vie durant ? (hépatite (a/b/c), mononucléose, cytomégalovirus ou autres)

.....
.....
.....
.....

9. Consommez-vous des produits light? Avec aspartame?

.....
.....

10. Décrivez vos modes de contraception anciens et/ou actuel (Nature, durée, degré de satisfaction)

.....
.....
.....

11. Combien d'année de pilule contraceptive totalisez-vous et à quel âge avez-vous pris votre première pilule ?

.....
.....
.....

12. Etes-vous d'un tempérament optimiste, gagneur ? Ou êtes-vous déprimé(e), désabusé(e)?

.....
.....

D. Recherche de pathologie thyroïdienne et surrénalienne

(veuillez répondre par oui ou par non et ajouter une explication si nécessaire)

1. Frilosité ? (Générale ou des seules extrémités)

.....
.....

2. Constipation ?

.....
.....

3. Crampes ? (Des mollets, des orteils la nuit, etc.)

.....
.....

4. Rhumatismes divers ? (Picotements des extrémités, engourdissement matinal des mains)

.....
.....

5. Fatigue ? (Anormale subjectivement)

.....
.....

6. Antécédents d'aphtes ?

.....
.....

7. Hypercholestérolémie ?

.....
.....

8. Prise de poids anormale ?

.....
.....

9. Ongles cassants, chute de cheveux ?

.....
.....

10. Peau sèche ?

.....
.....

11. Altération de la libido ?

.....
.....

12. Troubles de la concentration et de la mémoire ?

.....
.....

13. Poches/gonflements (Matinaux) sous les yeux ?

.....
.....

14. Blanchiment des cheveux prématurés ?

.....
.....

15. Psoriasis/urticaire ?

.....
.....

16. Antécédents de canal carpien ?

.....
.....

17. Cyanoses des extrémités ? (Extrémités et lèvres bleues spontanément ou au froid)

.....
.....

18. Transpiration, mains moites ?

.....
.....

19. Antécédents de mycoses ? (Cutanées et vaginales)

.....
.....

20. Syndrome prémenstruel ?

A savoir : tension mammaire, rétention de 1 à 2 kg (d'eau!) et une irritabilité dans les quelques jours (3 +/-) avant les règles.

.....
.....

21. Hypoglycémie, autrement dit de trop nombreuses fringales et/ou faiblesses à distance des repas ?

.....
.....

22. Fausse(s) couche(s)?

.....
.....

23. Cancer du sein ?

.....
.....

24. Endométriose?

.....
.....