

Bilan Ostéopathique en Gynécologie

Date :

Nom, prénom :

Age :

Poids/ Taille :

Profession :

Sport (fréquence) :

Motif de consultation :

I . Antécédents :

-Chute sur la tête/ Accidents :

si oui : odorat ?

-Opérations chirurgicales :

-Appareil dentaire :

-Événements remarquables (séparation, décès...) :

-Antécédents familiaux (cancer, hta, diabète , thyroïde) :

-Traitements hormonaux :

-Grossesse :

-combien (avortements, fausses couches, enfants) :

-comment (contractions, saignements) :

-accouchement (comment, combien de temps, séquelles) :

----->
naissance aujourd'hui

II : Viscéral

-Reflux :

-Difficulté à digérer certains aliments :

-Douleurs abdominales :

-Transit (constipation, diarrhées) :

-infections urinaires : (quand?)

-hémorroïdes :

III . Cycles :

-*Combien de temps :*

-*durée des règles :*

-*qualité du sang :* -couleur (avant, pendant, après) :

-aspect (caillots) :

- quantité :

-*Troubles associés* (migraines, fatigue, constipation)

-*ovulatoire ou anovulatoire :*

-courbe température effectuée ?:

-*contraception :*

IV . Douleurs :

-*Au cours du cycle*(avant, pendant, après) :

intensité :

-*lors des rapports sexuels :*

intensité :

-*en dehors :*

J'accepte que mon thérapeute pratique des techniques par voies internes :

OUI

NON

Fait le :

signature :