

## FICHE DE SYNTHÈSE

Date : .....

Nom : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

### ANTECEDENTS FAMILIAUX

#### Grands parents :

- |  |   |   |                                   |                                       |
|--|---|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HTA               | <input type="checkbox"/> Angor                | <input type="checkbox"/> IDM              | <input type="checkbox"/> AVC      | <input type="checkbox"/> dyslipidémie |
| <input type="checkbox"/> DNID              | <input type="checkbox"/> DID                  | <input type="checkbox"/> Obésité          | <input type="checkbox"/> Thyroïde |                                       |
| <input type="checkbox"/> Maladie coeliaque |   | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn |                                   | <input type="checkbox"/> R.C.H        |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis         | <input type="checkbox"/> Allergie             |   |                                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Cataracte         | <input type="checkbox"/> DMLA                 | <input type="checkbox"/> Ostéoporose      |                                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Cancer            | <input type="checkbox"/> Maladie rhumatismale |   |                                   |                                       |

#### Père / Mère / Fratrie :

- |  |   |   |                                   |                                       |
|--|---|---|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HTA               | <input type="checkbox"/> Angor                | <input type="checkbox"/> IDM              | <input type="checkbox"/> AVC      | <input type="checkbox"/> dyslipidémie |
| <input type="checkbox"/> DNID              | <input type="checkbox"/> DID                  | <input type="checkbox"/> Obésité          | <input type="checkbox"/> Thyroïde |                                       |
| <input type="checkbox"/> Maladie coeliaque |   | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn |                                   | <input type="checkbox"/> R.C.H        |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis         | <input type="checkbox"/> Allergie             |   |                                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Cataracte         | <input type="checkbox"/> DMLA                 | <input type="checkbox"/> Ostéoporose      |                                   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Cancer            | <input type="checkbox"/> Maladie rhumatismale |   |                                   |                                       |

### ANTECEDENTS PERSONNELS :

#### Cardio-métabolique :

- |                                    |                                   |  |                              |                                      |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HTA       | <input type="checkbox"/> Angor    | <input type="checkbox"/> IDM                   | <input type="checkbox"/> AVC |                                      |
| <input type="checkbox"/> Hyperchol | <input type="checkbox"/> Hyper TG | <input type="checkbox"/> Insuffisance veineuse |                              |                                      |
| <input type="checkbox"/> DNID      | <input type="checkbox"/> DID      | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil      |                              | <input type="checkbox"/> Ronflements |

#### Autres :

- |  |   |   |                                |
|--|---|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie coeliaque               |   | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> R.C.H |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis                       | <input type="checkbox"/> Allergie             |   |                                |
| <input type="checkbox"/> Cataracte                       | <input type="checkbox"/> DMLA                 | <input type="checkbox"/> Ostéoporose      |                                |
| <input type="checkbox"/> Cancer                          | <input type="checkbox"/> Maladie rhumatismale |   |                                |
| <input type="checkbox"/> Intervention(s) chirurgicale(s) |   |   |                                |

## EXAMEN CLINIQUE STANDARD :

TA : ..... Tour de taille : ..... Tour de hanche : .....

FC : .....  Pouls périphériques perçus

Auscultation cardio-pulmonaire normale

*Sinon :*

Examen neurologique normal

*Sinon :*

Examen rachidien normal

*Sinon :*

Examen des articulations périphériques normal

*Sinon :*

Palpation abdominale normale

*Sinon :*

Examen cutanéomuqueux normal

*Sinon :*

Examen thyroïdien normal :

*Sinon :*

Observations particulières :

-  
-  
-

## ANALYSE DE LA COMPOSITION CORPORELLE (ACC) :

Date : .....

- IMC : .....
- MG en kilos : .....
- MM en kilos : .....
- Eau totale en litres : .....
- Déséquilibre intra/extra
- ODP : .....

## RESULTATS QMS :

- |                                  |                              |                               |                             |                                  |
|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| ■ Protection Cellulaire :        | <input type="radio"/> Faible | <input type="radio"/> Moyenne | <input type="radio"/> Forte | <input type="radio"/> Très forte |
| ■ Communication Cellulaire :     | <input type="radio"/> Faible | <input type="radio"/> Moyenne | <input type="radio"/> Forte | <input type="radio"/> Très forte |
| ■ Interface Digestive : Faible : | <input type="radio"/> Faible | <input type="radio"/> Moyenne | <input type="radio"/> Forte | <input type="radio"/> Très forte |
| ■ Fonction Cerveau : Faible :    | <input type="radio"/> Faible | <input type="radio"/> Moyenne | <input type="radio"/> Forte | <input type="radio"/> Très forte |
| ■ Cardio-Métabolique : Faible :  | <input type="radio"/> Faible | <input type="radio"/> Moyenne | <input type="radio"/> Forte | <input type="radio"/> Très forte |

Faible : de 0 à 9 ; Moyenne : de 10 à 19

Forte : de 20 à 29    Très forte : de 30 à 40

## EVALUATION ALIMENTAIRE :

### PRECONISATIONS :

- |   |                           |
|---|---------------------------|
| ■ Le plein en Polyphénols (L'alimentation ANTIOXYDANTE) :                               | <input type="radio"/> OUI |
| ■ Le plein en Oméga 3 (Le modèle CRETOIS) :   | <input type="radio"/> OUI |
| ■ Le sel et l'équilibre acido-basique (Les bonnes associations) :                       | <input type="radio"/> OUI |
| ■ Le choix des bonnes protéines (La diététique du cerveau) :                            | <input type="radio"/> OUI |
| ■ Une assiette santé, une assiette bien digérée (Le MED : Modèle d'Épargne Digestive) : | <input type="radio"/> OUI |
| ■ Une assiette brûleuse de graisses (La Régulation Métabolique) :                       | <input type="radio"/> OUI |

■ Autre(s) préconisation(s) :

- .....
- .....
- .....