**Questionnaire de préparation à la 1ère consultation**

***Etat civil***   
  
Nom ..............................................................................................................................   
  
Prénom ...........................................................................................................................   
  
Ville ..............................................................................................................................   
  
Adresse email ........................................................................................   
  
Téléphone..............................................................................................   
  
Âge .................................... Poids ................................. Taille .......................................   
  
Situation maritale   
  
ο Marié ο Divorcé/Séparé ο Célibataire ο Pacsé ο Veuf   
  
ο Vit en couple ο Vit seul ο Vit en colocation ο Vit avec les parents / en foyer   
  
Avez-vous des enfants (prénoms et âges) ..............................................................................   
  
...............................................................................................................................................  
  
Motif principal de la consultation ..........................................................................................   
  
Court descriptif du motif de la consultation (et depuis combien de temps) ...................................................................................................................................................  
  
...................................................................................................................................................  
  
..................................................................................................................................................  
  
...................................................................................................................................................

**Votre quotidien**   
  
Profession ....................................................... Est-ce que cela vous plaît ? ……………………………

Horaires de travail   
  
ο Sans emploi ο Temps partiel ο Temps complet ο Plus de 40h/semaine   
  
Loisirs et activités sportives (lesquels, combien d’heures/semaine)   
  
.......................................................................................................................................................................................................................

Comment vous sentez-vous en ce moment ? Angoissé(e) / Anxieux(se) / Impatient(e)/ Irritable / Emotif(ve)/ Peur

Vous pensez que c’est dû à quoi ?

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

**Antécédents médicaux**

Suivez-vous un traitement (médicaments, soins, injections, psychothérapie, etc.) ? Si oui lesquels ? (nom + indication du traitement)

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

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

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

***Pensez à m’envoyer par mail votre bilan sanguin merci d’avance***

Consommez-vous des compléments alimentaires (tisanes, gélules, vitamines, minéraux, élixirs floraux,) ?

Si oui, lesquels et pour quelles raisons ? (Avec si possible le nom du produit et du laboratoire)

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

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

Avez-vous été exposé à des produits toxiques ? Si oui lesquels :

Ჿ Tabac (......... cigarettes/jour) Ჿ Alcool Ჿ Amalgames dentaires (« plombages »)

Ჿ Produits de traitement agricoles Ჿ Produits chimiques professionnels Ჿ Injections Ჿ Drogues

Ჿ Traitements médicaux lourds Ჿ Autres ..............................................

Est-ce que vous avez été vacciné dernièrement ? ……………………………………………………

**Sommeil**

Heure de l’endormissement ........................ Vous endormez-vous rapidement ? ..............................

Heure du lever ............................... Vous levez-vous en forme, reposé ? ....................................

Des réveils nocturnes, des insomnies ? A quelle heure et pendant combien de temps ?

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

Evènement marquants (déménagement / décès/ séparations / licenciements / autres ………….)

**Digestion et transit**

Comment est votre transit ?

Ჿ Constipation Ჿ Diarrhées Ჿ Ballonnements Ჿ Alternance Constipation/Diarrhées Ჿ Régulier

Fréquence des selles : ............ fois / semaine   
Consommez-vous de l’alcool (quel alcool, en quelle quantité et à quelle fréquence) ?   
  
....................................................................................................................................   
  
Consommez-vous des excitants ? (Café, thé, chocolat, bonbons, sucres, boissons énergisantes... quoi, quantité et fréquence) ...................................................................................................................   
  
Qu’est-ce que vous buvez comme eau et combien par jour ?

..............................................................................................................................................................  
  
**Qualité des aliments**   
  
Ჿ Bio Ჿ Pas Bio Ჿ Céréales complètes Ჿ Céréales blanches Ჿ Céréales semi-complètes   
  
Qualité des huiles   
  
ο 1ère pression à froid Bio ο Industrielle   
  
Huile(s) utilisée pour la cuisson .....................................................................................................  
  
Huile(s) consommée crue ...............................................................................................................  
  
Quantité d’huile consommée crue quotidiennement ....................................................................

Au niveau saveurs vous êtes plutôt +/- : Amer / Salé / Sucré / Acide / Piquant   
  
Y a-t-il des aliments que vous ne digérez pas (ou mal) ? Lesquels ?   
  
....................................................................................................................................   
  
Note complémentaire (questions que vous souhaitez aborder pendant la consultation)   
  
....................................................................................................................................   
  
....................................................................................................................................   
  
....................................................................................................................................

**Bilan alimentaire Notez toutes vos prises alimentaires sur plusieurs jours (si possible sur 1 semaine) sinon une photo de chacun de vos repas sur une semaine me suffira.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | MATIN | MIDI | SOIR | COLLATIONS |
| LUNDI | \*  \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \*  \* |
| MARDI | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* |
| MERCREDI | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* |
| JEUDI | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* |
| VENDREDI | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* |
| SAMEDI | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* |
| DIMANCHE | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* | \*  \*  \*  \*  \* |