**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 | \*\*\*\*\* | \*\*\*\*\* | \*\*\*\*\* | \*\*\*\*\* |