

Etat civil

Nom

Prénom

Ville

Adresse email

Âge Poids Taille

Situation maritale

Marié Divorcé Célibataire Pacsé Veuf

Vit en couple Vit seul Vit en colocation Vit en foyer

Avez-vous des enfants (noms et âges)

Motif principal de la consultation

Court descriptif du motif de la consultation (et depuis combien de temps)

Votre quotidien

Profession

Horaires de travail

Sans emploi Temps partiel Temps complet Plus de 40h/semaine

Loisirs et activités sportives (lesquels, combien d'heures/semaine)

.....

.....

Antécédents médicaux

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

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

Consommez-vous des compléments alimentaires (tisanes, gélules, vitamines, minéraux, élixirs floraux,...) ? Si oui, lesquels ? (avec si possible le nom du produit et du laboratoire)

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

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

- Tabac Alcool Amalgames dentaires Produits de traitement agricoles
 Produits chimiques professionnels Injections Drogues
 Traitements médicaux lourds Autres

Sommeil

Heure de l'endormissement Vous endormez-vous rapidement ?

Heure du réveil Vous réveillez-vous en forme, reposé ?

Des réveils nocturnes, des insomnies ? Si oui à quelle heure et pendant combien de temps ?

.....

Votre lieu de vie est-il soumis à des pollutions électromagnétiques ?

- Antennes relais de téléphonie mobile à proximité
 Réseaux WIFI (combien en captez-vous chez vous)
 Appareils connectés, sans fil (tablettes, ordinateurs, téléphones mobiles,...)

Digestion et transit

Comment est votre transit ?

- Constipation Diarrhées Ballonnements Alternance Constipation/Diarrhées

Couleur des selles

- Blanc Jaune Marron très clair/Orange Marron-vert Marron foncé Noir Rouge

Bilan alimentaire Notez toutes vos prises alimentaires sur plusieurs jours (si possible sur 1 semaine ou plus)

	Matin	Midi	Soir	Collations
Lundi	*	*	*	*
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
Mardi	*	*	*	*
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
Mercredi	*	*	*	*
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
Jeudi	*	*	*	*
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
Vendredi	*	*	*	*
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
Samedi	*	*	*	*
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
Dimanche	*	*	*	*
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	

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)

Combien consommez-vous d'eau par jour en dehors des repas ?

Qualité des aliments

Bio Pas Bio Céréales complètes Céréales blanches Céréales semi-complètes

Qualité des huiles

1^{ère} pression à froid Bio Industrielle

Type d'huile

Quantité consommée quotidiennement

Consommée Crue Cuite Les deux

Y a-t-il des aliments que vous ne digérez pas (ou mal) ? Lesquels ?

.....

Note pour vous-même (questions que vous souhaitez aborder pendant la consultation)

.....

.....

.....

.....

.....