

FICHE DE CONSULTATION

PRÉSENTATION ET OBJECTIF

Vous pouvez remplir directement dans le fichier (colonne B, cases grisés) ou imprimer le document et le scanner pour me le renvoyer.

Afin de mieux vous connaître avant notre rendez-vous et pour mieux appréhender la séance voici un questionnaire à remplir. Il sera à me renvoyer par email au moins 3 jours avant notre séance.

ludivineclaude.pro@gmail.com

Prenez le temps de le constituer calmement. Il va me permettre de comprendre votre terrain et votre vitalité dans votre globalité afin de vous proposer un rééquilibrage personnalisé et adapté à vous seule, car vous êtes unique ! Si vous n'arrivez pas à répondre à toutes les questions, pas de panique, nous en reparlerons ensemble.

Notre première séance durera environ 1h30

*ce formulaire est confidentiel. L'ensemble du contenu des documents qui seront envoyés au Client est soumis au droit d'auteur, tous droits réservés.

INFORMATIONS PERSONNELLES	
Prénom :	
NOM :	
Âge ou date de naissance :	
Adresse :	
Tél. :	
Mail :	
Taille :	
Poids actuel :	
Poids idéal que vous aimeriez atteindre (si besoin) :	
Poids il y a 1 an :	
Nombre d'enfants et année de naissance :	
Profession/poste :	
Heures de travail par semaine :	

MOTIF DE CONSULTATION	
Quelles sont vos attentes, la raison de votre visite, vos objectifs, votre motivation :	
Comment vous sentez-vous par rapport à votre état de santé ?	

SANTÉ	
Suivez-vous actuellement un traitement* (médicaments, soins, injections, psychothérapie, etc.) ? Si oui lequel ? (noms + indication du traitement)	
	<small>*Votre traitement ne sera jamais arrêté, la naturopathie vient en complément de la médecine alopathique</small>
Avez-vous eu des maladies, opérations, problèmes de santé dans votre enfance et dans votre passé ? si oui, lesquelles ?	
Souffrez-vous de problèmes de santé actuellement ? maladies, symptômes, allergies, diabète, hypertension,...	
Êtes-vous vous enceinte ou en train d'allaiter ?	
Avez-vous déjà été sous contraception hormonale (pilule, stérilet hormonal, anneau...) ou sous stérilet en cuivre ? Si oui lesquels et combien de temps ?	
Consommez-vous des compléments alimentaires (tisanes, gélules, vitamines, minéraux, élixirs floraux,...) ? Si oui, lesquels ? (avec si possible le nom du produit et du laboratoire)	
Etes vous fumeur/se de tabac : .	(nombre)..... cigarettes/jour ou fumeur passif
Consommez vous de l'alcool :	Quels alcools : (nombre)..... verre(s)/jour ou verre(s)/semaine
Consommez vous des drogues :	Quelles drogues : Fréquence :
Quelle(s) activité(s) sportive(s) faites-vous et à quelle fréquence ?	

VOTRE VITALITÉ	
Digestion et transit	
Comment est votre transit ?	
Constipation / Diarrhées / Ballonnements / Alternance Constipation-Diarrhées / Régulier	
Votre peau	
Avez-vous des problèmes de peau comme : <i>Acné / Eczéma / Psoriasis / Cellulite / Varices</i>	
Autres :	
Vos poumons	
Avez-vous des gênes pulmonaires ?	
Sphère gynécologique :	
Avez-vous régulièrement des infections comme la Cystite, la mycose ou autre ?	

BILAN ALIMENTAIRE	N'oubliez pas de remplir également votre Journal Alimentaire (ici)
Combien de temps prenez-vous pour manger ? La durée de vos repas ?	
Quelles sont les conditions de votre repas ? dans le stress, sur le pouce, devant la TV, dans le calme ...	
Mangez-vous souvent des plats préparés ? De quel type (exemples) ?	
Combien de temps passez-vous à cuisiner chaque jour ?	
Quelle quantité d'eau buvez-vous par jour : (en Litres ou verres)	
Buvez-vous du café, thé, tisane ? quel type, combien/jour ?	
Avez-vous bon appétit ?	
Avez-vous des fringales ? grignotage ? quoi ? quand ?	
Suivez-vous un régime particulier, si oui lequel et pourquoi ?	
Aimez-vous cuisiner ?	
Combien de repas cuisinez-vous par semaine ?	
A quelle fréquence mangez-vous à l'extérieur ?	
Quels aliments n'aimez-vous pas ?	
Quels aliments affectionnez-vous particulièrement ?	
De quels aliments ne pourriez-vous pas vous passer ?	
A combien en pourcentage mangez-vous bio à la maison ?	

SITUATION PERSONNELLE	
Temps pro et perso	
Quelles sont vos conditions de travail et vos relations professionnelles ?	
Avez-vous du temps pour les loisirs, activités sportives ?	
Comment vous sentez-vous au quotidien dans votre vie familiale ?	
Sommeil et repos	
Avez-vous des moments calmes, de repos ?	
Quelle est la qualité de votre sommeil ?	
A quelle heure vous couchez-vous ?	
Combien de temps dormez-vous par nuit ?	

AUTRE	
Avez-vous d'autres points à me partager qui vous semblent intéressants que je sache ? Cela peut concerner absolument tous les domaines de l'alimentation à la condition physique et de santé mais aussi votre état émotionnel et psychique.	

Questions spécifiques : sphère gynécologique

Avez-vous des cycles menstruels naturels (sans contraception) ? Si oui comment sont-ils ? (nbr de jours entre chaque cycle ? Régularité ? Ovulation ?)

Avez-vous des symptômes particuliers lors de vos cycles ? Si oui à quel moment du cycle et comment cela se manifeste ? (douleurs, inconforts, saut d'humeur, boutons, digestion...)

Êtes vous en pré-conception, essai bébé ? Si oui, depuis quand ?

Avez-vous déjà fait des fausses couches ? Si oui, combien ? au bout de combien de temps ? Avez-vous été suivi ?

Avez-vous déjà fait un baby blues ou dépression post partum ?

Avez-vous une prise de sang récente d'un bilan sanguin + bilan thyroïde ?

Ajoutez ici toutes les notes qui vous semblent pertinentes par rapport à votre objectif de séance :)