

BILAN DE SANTE ET DINACHARYA

Important : Avant de remplir ce questionnaire, merci de bien vouloir créer une copie de ce document en l'enregistrant sous votre nom.



QUESTIONNAIRE

Veillez prendre le temps de compléter ce questionnaire afin que je puisse procéder à l'évaluation de votre constitution. Toutes les réponses aux questions resteront strictement confidentielles selon le code de déontologie du praticien en Ayurveda.

Ces informations se réfèrent à la « médecine-ayurvédique de l'Inde » et ne s'apparentent en aucun cas au système médical français. Elles ne peuvent donc en aucun cas remplacer l'avis d'un médecin ou d'un praticien de santé dûment qualifié. L'objectif n'est pas de traiter, de diagnostiquer, ni de prescrire des plantes médicinales, ni des médicaments.

En complétant ce document, je reconnais avoir été dûment informée que cet entretien de santé n'est en aucune façon un substitut aux consultations et prescriptions de mon médecin traitant. Catherine Vayssiere, consultante en Ayurvêda me recommande de suivre scrupuleusement et en conscience les recommandations de mon médecin et de faire tous les examens de contrôle nécessaires afin de préserver ma santé.

De ce fait, je décharge Catherine VAYSSIERE de toute responsabilité quant à mon état de santé après l'entretien de ce jour.

Nom et prénom :	Adresse :
Âge : 45 ans	Situation matrimoniale :
Sexe :	Numéro de téléphone :
Nombre d'enfants :	Email :
Âge des enfants :	Profession

I. Thème sur vos attentes

📋 Problèmes principaux sur lesquels vous souhaitez un accompagnement :

📋 Depuis quand ces problèmes sont-ils apparus ?

📋 Avez-vous fait un diagnostic médical à ce sujet ? si oui, quels traitements suivez-vous ?

📋 Antécédent médicaux :

Fracture au poignet droit, 2 IVG, Retrait dents de sagesse, 2 conisations au col de l'utérus, Cholestérol.

<u>Cancer</u> : Non Si oui,.....	<u>Maladie de la thyroïde</u> : oui Non
<u>Hépatite</u> : Oui Non	<u>HIV</u> : Non
<u>Maladie de cœur</u> : Oui Non	<u>Pression artérielle</u> :
<u>Diabète</u> : Oui Non	<u>Rhumatisme</u> :oui Non
<u>Cholestérol</u> : Oui Non	<u>Opérations</u> : Oui Non
<u>Allergies</u> : Oui Non	<u>Traumatisme</u> : Oui Non

📋 Est-ce que vous avez un programme d'exercices physiques réguliers ? lequel (s) et combien d'heures par semaine ?

- Activité :
- Nombre d'heure par semaine :

📋 Listez les médicaments, vitamines ou compléments alimentaires ces 3 derniers mois, et indiquez la raison :

📋 Antécédent médical familial :

- Père :
- Mère :

II. Thème sur vos habitudes alimentaires

📋 Avez-vous déjà suivi un programme diététique particulier, si oui pour quelle(s) raison ?

- Oui Non
- Décrivez le programme alimentaire :

📋 Veillez décrire vos habitudes alimentaires quotidiennes :

Petit déjeuner	Déjeuner	Diner
• Boisson : • Menu :	• Boisson : • Entrée : • Plat • Dessert: Quel est l'aliment principal :	• Boisson : • Entrée : • Plats : • Dessert: Quel est l'aliment principal :

Encas:

Goûter :

Crudités :

Types et quantité de liquides absorbés/jour :

- Epices :
- Temps de préparation des repas :
- Nombre de repas non végétariens par semaine :
- Nombre d'apéritifs par semaine :
- Choix des desserts

- A quel moment de la journée avez-vous le plus faim :
- Surgelés :
- Conserves :
- Nourriture bio :

🏪 Dans quels magasins faites-vous vos courses ? combien de fois par semaine ?

•

🏪 Qu'avez-vous dans vos placards de cuisine ? dans votre réfrigérateur ?

- Dans le placard:
- Dans le réfrigérateur:

III. Thème sur vos émotions et la psychologie

🏪 Vos émotions les plus courantes : (entourez ou soulignez 3 émotions positives et 3 émotions négatives qui vous correspondent le plus)

	Peur	Tristesse	Colère	Impatience	
	Solitaire	Sociable	Confiance	Courage	
Ambitieux			Tourné vers le passé	Aventurier	
	Casanier		Pardonne facilement	Confus	
Attachement		Coupe les liens facilement		Sens de l'engagement	
	Créatif	Dépression	Léthargie	Irritable	
Leader	Craintif	Anxieux	Autoritaire	Patient	Généreux
	Contrôle	Dominant	Influençable	Déterminé	
	Indécis	Joueur	Humour	Centré	Stressé
	Protecteur		Besoin des autres	Aime le changement	
	Besoin de sécurité		Besoin de réalisation professionnelle		
Optimiste		Pessimiste	Jaloux	Matérialiste	

IV. Thème sur vos habitudes : Evaluez de 1 à 10 sachant que 10 est la note maximum, indiquant une grande quantité.

Alcool	
Thé	
Tabac	
Exercices physique	

Sommeil	
Appétit	
Médicaments	
Grignotages	
Sel	
Sucre	
Epices	
Relation sexuelle	
Niveau de stress	
Problème digestif	
Douleurs musculaires et articulaires	
Temps libre, temps relax	
Loisirs	
Satisfaction de soi	
Bien-être et massages	
Sorties entre amis	
Bonne humeur	

 Indiquez la ou les zones du corps que vous sentez fragiles :

Tête :

si oui précisez la zone:.....

Dos : si oui précisez la zone.....

Jambes : si oui précisez la zone.....

Bras : si oui précisez la zone.....

Ventre :si oui précisez la zone:

Buste : oui ou non si oui précisez la zone.....

 Cochez les cases qui vous correspondent en ce moment :

- ☐ Peu d'appétit
- ☐ Prise de poids
- ☐ Perte de poids parfois
- ☐ Fatigue
- ☐ Fièvre
- ☐ Vertiges
- ☐ Saignements de nez
- ☐ Moment de la journée où vous êtes le plus en forme
- ☐ Suée nocturne

- ☐ Sommeil peu réparateur
- ☐ Perte de cheveux
- ☐ Eczéma
- ☐ Psoriasis,
- ☐ Maladies de peau (précisez) :
- ☐ Démangeaisons
- ☐ Pellicules
- ☐ Difficulté à cicatriser
- ☐ Boutons, acnée

Yeux, dents, nez, gorge

- ☐ Mauvaises vues
- ☐ Migraine ophtalmique
- ☐ Dents fragiles
- ☐ Perte de goût
- ☐ Fatigue oculaire
- ☐ Sensation de chaleur dans les yeux
- ☐ Maux de gorge fréquent
- ☐ Douleurs aux oreilles
- ☐ Troubles olfactifs?
- ☐ Problème de sinus
- ☐ Acouphènes
- ☐ Autres problèmes

Tête

- ☐ Maux de tête
- ☐ Nuque douloureuse
- ☐ Chocs crâniens
- ☐ Paralysie faciale
- ☐ Autres problèmes

Cardiovasculaires

- ☐ Hypertension

- ☐ Hypotension
- ☐ Fragilité du cœur
- ☐ Douleur dans la poitrine
- ☐ Difficulté à respirer
- ☐ Phlébites
- ☐ Mains froides
- ☐ Pieds froids
- ☐ Transpiration des mains ou des pieds
- ☐ Varicosité
- ☐ Varices
- ☐ Hémorroïdes
- ☐ Impatiences dans les jambes
- ☐ Marque les bleus facilement

Respiration

- ☐ Bronchites
- ☐ Asthme
- ☐ Pneumonie
- ☐ Difficulté respiratoire
- ☐ Maladies des poumons :
- ☐ Respiration superficielle
- ☐ Sensation de souffle bloqué
- ☐ Troubles orl (rhinite, sinusite)
- ☐ allergies

Système locomoteur

- ☐ Douleur dans la nuque
- ☐ Douleur lombaire
- ☐ Douleur épaules
- ☐ Poignets fragiles
- ☐ Genoux fragiles
- ☐ Chevilles fragiles

- ☐ Muscles faibles
- ☐ Douleurs articulaires : (où).....
- ☐ Arthroses
- ☐ Arthrites
- ☐ Ostéoporoses
- ☐ Crampes fréquentes
- ☐ Autres : (précisez).....

Gastro-intestinal

- ☐ Nausée
- ☐ Vomissement
- ☐ Diarrhée
- ☐ Constipation
- ☐ Ballonnements, gaz
- ☐ Indigestion
- ☐ Mauvaise haleine
- ☐ Utilisation régulière de laxatifs
- ☐ Douleurs abdominales
- ☐ Remontées gastriques
- ☐ Ulcères
- ☐ Sang dans les fèces
- ☐ Fèces noires
- ☐ Autres.....

Urino-génital

- ☐ Urination fréquente
- ☐ Douleur pendant l'urination
- ☐ Cystite
- ☐ Calculs rénaux
- ☐ Réveils nocturne pour uriner
- ☐ Sang dans les urines
- ☐ Couleur jaune foncé
- ☐ Incontinence

- ☐ Difficulté à se retenir
- ☐ Autres (précisez) :.....

Neuro-psychologie

- ☐ Difficulté de coordination
- ☐ Anxiété
- ☐ Facilement susceptible
- ☐ Dépression
- ☐ Perte de mémoire
- ☐ Excès de colère
- ☐ Traitements pour troubles psychologiques : (lesquels et depuis quand.....)
- ☐ Trouble de l'humeur
- ☐ Lunatique
- ☐ Peur
- ☐ Sautes d'humeur
- ☐ Impatient, irritable
- ☐ Hypersensibilité aux bruits, à la lumière, à l'humeur des gens
- ☐ Désir de suicide
- ☐ Fourmillement
- ☐ Tremblement
- ☐ Trouble de l'élocution
- ☐ Paralysie
- ☐ Tic
- ☐ Toc
- ☐ Autres : (précisez).....

Libido et sexualité, système hormonal : voir test sur l'évaluation des symptômes de déséquilibres hormonaux

- ☐ Pré-ménopause
- ☐ Type de flux
- ☐ Couleur du sang :Foncé, épais, caillots

☐ Contraception : (précisez laquelle et depuis quand:
.....)

☐ Stérilité

☐ Ménopause

☐ Post-ménopause

☐ Satisfaction en amour : non

☐ Satisfaction en sexualité : non