



Bilan Naturopathie & Phytologie

Bonjour et merci de votre demande.

Afin de préparer la consultation, veuillez svp remplir au mieux les questionnaires ci-joints. Merci de me transmettre si possible des copies de vos derniers résultats d'analyses biologiques et d'examens de santé effectués.

Dès réception des questionnaires, je vous proposerai un rendez-vous.

Je reste à votre entière disposition pour tout complément d'information.

Sincères salutations
Christel Bruns **Terocielo**

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
N° de téléphone :
Email :

Taille (cm) :
Poids (kg) actuel : Poids il y a 6 mois : Poids désiré :
Votre tension artérielle :
Votre groupe sanguin :

Nom de votre médecin traitant et localisation :

Autres professionnels de santé (nom, localisation, spécialité) :

Traitement en cours (dates de début, dosage ...) :

Compléments alimentaires en cours (dates de début, dosage ...) :

Vaccinations :

Motifs de la visite :

Troubles actuels (par ordre d'importance) :

Avez-vous des troubles digestifs, si oui précisez ?

Avez-vous des troubles intestinaux, si oui précisez ?

Avez-vous des problèmes de transit intestinal ?

Allez-vous à la selle tous les jours ?
Si non, précisez ?

Quelle est la consistance, l'odeur et la couleur de vos selles ?

Avez-vous des ballonnements ou gaz, si oui à quel moment ?

Avez-vous des troubles hépatiques, si oui précisez ?

Avez-vous des troubles hormonaux, si oui précisez ?

Avez-vous des troubles gynécologiques ?

Comment sont vos règles ?

Etes-vous en prémenopause ou ménopause ?

Etes-vous enceinte ?

Allaitez-vous ?

Ressentez-vous des troubles du cycle menstruel, de la préménopause ou de la ménopause ?

Avez-vous des troubles articulaires, si oui précisez ?

Avez-vous des troubles urinaires, si oui précisez ?

Quelle est la couleur, quantité et odeur de vos urines ?

Avez-vous des troubles cardiovasculaires, si oui précisez ?

Avez-vous des troubles respiratoires ?

Avez-vous des troubles cutanés ?

Qualité de la peau (sèche, grasse, mixte, acné, boutons, couperose) ?

Est-ce vous bronzez facilement ? Est-ce vous avez facilement des coups de soleil ?

Transpirez-vous ? A quel moment ? Transpiration locale ou générale ?

Avez-vous des troubles du sommeil ?

A quelle heure vous couchez-vous ?

A quelle heure vous levez-vous ?

Réveillez-vous la nuit (durée, à quelle heure) ?

Comment vous réveillez-vous le matin (en forme, fatigué) ?

Avez-vous des troubles psychologiques, si oui précisez ?

Etes-vous fatigué, dépressif, anxieux, stressé ... ?

Avez-vous des amalgames en bouche (plombages, couronnes ..., si oui précisez ?

Avez-vous des troubles de la vue, de l'ouïe, d'odorat et de goût, si oui précisez ?

Problèmes de santé importants dans votre vie (dans l'ordre chronologique) :

Interventions chirurgicales :

Allergies :

Troubles alimentaires :

Y a-t-il des aliments que vous évitez de manger ?

Pratiquez-vous une activité physique (type d'activité, fréquence, durée) ? :

Avez-vous une activité professionnelle ou êtes-vous étudiant ?

Si oui, est-ce travail sédentaire ou plutôt physique ?

Loisirs ?

Fumez-vous ? Depuis combien d'années ? Avez-vous arrêté de fumer ?

Consommez-vous régulièrement d'alcool ? Quelle est la quantité par jour ?

Autres informations :