

Formulaire d'accueil – Consultation

Ce formulaire me permet d'évaluer les changements survenus depuis notre dernier rendez-vous, d'identifier ce qui a été facile ou plus difficile à mettre en place, et d'adapter au mieux l'accompagnement lors de la consultation de suivi. Les informations recueillies sont strictement confidentielles et conservées de manière sécurisée. **Merci de remplir ce formulaire avec attention et de me le renvoyer par mail, au plus tard la veille de votre rendez-vous.**

Consultation en ligne

Si cette consultation de suivi a lieu à distance, merci de m'envoyer, en complément de ce formulaire, deux photos récentes, idéalement prises le matin à jeun :

- un gros plan de vos yeux, en regardant légèrement à droite ou à gauche
- un gros plan de votre langue, sortie naturellement

Ces éléments me permettent de pallier les limites de l'observation en visioconférence, et de préparer au mieux notre échange.

Avant de commencer

Cette consultation correspond à :

- ☐ Une **consultation de suivi**, ou une **reprise de suivi** après une pause, dans la continuité de l'accompagnement
- ☐ Une consultation pour une **nouvelle problématique**, sur un sujet différent de ceux abordés auparavant, *notamment si notre dernière consultation remonte à plusieurs mois*

Important

Si vous consultez aujourd'hui pour une **nouvelle problématique**, merci de remplir **uniquement les sections 1, et 5 à 7, ainsi que le journal en annexe**, afin de me permettre de mieux comprendre votre contexte actuel. Les autres sections peuvent être laissées de côté.

1. Vos priorités actuelles (suivi)

Par rapport à notre dernier rendez-vous, vos objectifs de santé :

- ☐ Sont globalement les mêmes
- ☐ Se sont modifiés (ajustement, évolution)
- ☐ Une problématique nouvelle est apparue

Si vos objectifs ont évolué ou changé, merci de préciser brièvement :

Qu'attendez-vous de cette consultation ?

- ☐ Faire un point global sur l'évolution depuis le dernier rendez-vous
- ☐ Ajuster les recommandations existantes
- ☐ Approfondir certains aspects
- ☐ Autre : _____

2. Évolution des préoccupations principales (suivi)

Concernant la ou les problématiques abordées lors de notre dernière consultation, diriez-vous que la situation est :

- ☐ En amélioration
- ☐ Stable
- ☐ Variable/fluctuante
- ☐ En aggravation

Souhaitez-vous préciser ?

3. Changements observés au sens plus large (suivi)

Avez-vous remarqué des changements depuis notre dernier rendez-vous, même s'ils ne sont pas directement liés à votre motif initial de consultation ?

Cochez ce qui s'applique :

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Appétit | ☐ Niveau d'énergie | ☐ Douleurs ou inconforts |
| ☐ Relation à l'alimentation | ☐ Sommeil | ☐ Autre |
| ☐ Digestion ou élimination | ☐ Émotions / état mental | ☐ <i>Aucun changement notable</i> |

Si vous le souhaitez, précisez un ou deux éléments marquants :

4. Mise en pratique des recommandations (suivi)

Parmi les recommandations proposées lors de notre dernier rendez-vous :

- ☐ J'ai mis en place la majorité des recommandations
- ☐ J'ai mis en place certaines recommandations
- ☐ J'ai essayé mais sans régularité
- ☐ Je n'ai pas pu les mettre en place

Si vous le souhaitez, vous pouvez préciser lesquelles vous avez pu / pas pu mettre en place:



Qu'est-ce qui vous a aidé à mettre en place certaines recommandations ?

- ☐ Les objectifs et le sens de ces recommandations étaient clairs
- ☐ Les instructions sur comment mettre ces recommandations en place étaient claires
- ☐ J'ai ressenti des effets positifs rapidement
- ☐ Ces recommandations correspondaient à mes goûts ou à ce que j'aime faire (ex. cuisiner, marcher, routines)
- ☐ J'ai eu suffisamment de temps et d'espace mental
- ☐ J'ai pu compter sur un soutien extérieur (entourage, organisation, cadre de vie)
- ☐ Autre : _____
- ☐ Non applicable

Qu'est-ce qui a rendu certaines recommandations plus difficiles à appliquer ?

- ☐ Les objectifs ou le sens de ces recommandations n'étaient pas clairs
- ☐ Je ne savais pas précisément comment les mettre en pratique
- ☐ Les effets ressentis étaient inconfortables ou difficiles à gérer
- ☐ L'activité en elle-même ne me plaisait pas
- ☐ Manque de temps ou surcharge du quotidien
- ☐ Manque de soutien ou contraintes liées à l'entourage
- ☐ Contraintes matérielles ou financières
- ☐ Autre : _____
- ☐ Aucune difficulté particulière

5. Contexte de vie récent (suivi et nouvelles problématiques)

Depuis notre dernier rendez-vous, y a-t-il eu des changements ou événements importants à signaler ?

- ☐ Changement professionnel
- ☐ Changement de lieu de vie
- ☐ Séparation / changement relationnel
- ☐ Période de stress intense
- ☐ Autre événement marquant : _____
- ☐ Aucun changement notable

Si oui, vous pouvez préciser :

6. Mise à jour médicale (suivi et nouvelles problématiques)

Depuis notre dernier rendez-vous, y a-t-il eu des nouveaux éléments à signaler ?

- ☐ Nouveaux symptômes
- ☐ Nouveau diagnostic médical
- ☐ Nouveau traitement médical
- ☐ Modification de traitement existant
- ☐ Accident ou opération chirurgicale
- ☐ Prise ou arrêt de compléments alimentaires
- ☐ Aucun changement à signaler



Si oui, vous pouvez préciser :

7. Déclaration finale *(suivi et nouvelles problématiques)*

*Je comprends que cette consultation de suivi s'inscrit dans une démarche d'accompagnement ayurvédique et **ne se substitue pas à un suivi médical.***

*Je confirme que **les informations fournies sont exactes** à ma connaissance, et j'accepte de recevoir les recommandations proposées dans ce cadre.*

Je comprends que les informations partagées sont confidentielles et utilisées uniquement dans le cadre de cet accompagnement.

Date : _____

Signature du/de la client(e) : _____



Annexe – Journal d’une journée ordinaire

À compléter uniquement en cas de consultation pour une nouvelle problématique.

🔗 Merci de décrire une journée ordinaire récente, représentative de votre quotidien (pas un jour exceptionnel).

Date : _____

Qualité du sommeil	☐ Léger ☐ Entrecoupé ☐ Réparateur ☐ Excessif / difficile de se réveiller
Heure du réveil	_____
Heure du lever (si différente de celle de réveil)	_____
Appétit au réveil	☐ Aucun ☐ Faible ☐ Bon ☐ Intense
Heure du petit-déjeuner	_____
Menu du petit-déjeuner (aliments et boissons)	_____
Sensations après le petit-déjeuner (par exemple : léger / satisfait / lourd / ballonnements / somnolence / inconfort / clarté ou brouillard mental)	_____
Activités de la matinée et en-cas	_____
Appétit avant le déjeuner	☐ Aucun ☐ Faible ☐ Bon ☐ Intense
Heure du déjeuner	_____
Menu du déjeuner (aliments et boissons)	_____
Sensations après le déjeuner (par exemple : léger / satisfait / lourd / ballonnements / somnolence / inconfort / clarté ou brouillard mental)	_____
Activités de l’après-midi et en-cas	_____
Appétit avant le dîner	☐ Aucun ☐ Faible ☐ Bon ☐ Intense
Heure du dîner	_____
Menu du dîner (aliments et boissons)	_____
Sensations après le dîner (par exemple : léger / satisfait / lourd / ballonnements / somnolence / inconfort / clarté ou brouillard mental)	_____
Activités du soir et en-cas	_____
Heure du coucher	_____
Heure de l’endormissement (si différente)	_____
Horaire d’élimination des selles (si applicable)	_____
Émotions / humeur générale de la journée	_____

