

Formulaire Consultation Ciblée

Ce formulaire me permet de préparer votre Consultation Ciblée afin de vous proposer 2 à 3 recommandations adaptées à votre quotidien. Les informations recueillies sont strictement confidentielles et conservées de manière sécurisée. Aucune information ne sera partagée sans consentement, sauf obligation légale. **Merci de remplir ce formulaire avec attention et de me le renvoyer par mail, au plus tard la veille de votre rendez-vous.**

1. Votre priorité principale

Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez réservé cette Consultation Ciblée ?

2. Habitudes alimentaires

Suivez-vous un régime ou programme diététique particulier ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ?

Avez-vous des allergies ou intolérances alimentaires ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ?

Parmi les options suivantes, cochez ce qui correspond à une habitude (3 fois par semaine ou plus) :

- ☐ Je mange rapidement
- ☐ Je mange en faisant autre chose (écran, travail, etc.)
- ☐ Il m'arrive de sauter un repas malgré la faim
- ☐ Il m'arrive de manger sans faim
- ☐ Il m'arrive de manger au-delà de la satiété
- ☐ Je grignote habituellement entre les repas
- ☐ Je dîne habituellement tard (après 20h)
- ☐ Je mange souvent à l'extérieur (restaurant, cantine)
- ☐ J'utilise régulièrement des plats en conserve, préparés, surgelés ou des restes

3. Votre rythme actuel (très important)

📅 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 (<i>si différente de celle de réveil</i>)	
Appétit au réveil	☐ Aucun ☐ Faible ☐ Bon ☐ Intense
Heure du petit-déjeuner	_____
Menu du petit-déjeuner (<i>aliments et boissons</i>)	
Sensations après le petit-déjeuner (<i>par exemple : léger / satisfait / lourd / ballonnements / somnolence / inconfort / clarté ou brouillard mental</i>)	
Activités de la matinée et en-cas	
Appétit avant le déjeuner	☐ Aucun ☐ Faible ☐ Bon ☐ Intense
Heure du déjeuner	_____
Menu du déjeuner (<i>aliments et boissons</i>)	
Sensations après le déjeuner (<i>par exemple : léger / satisfait / lourd / ballonnements / somnolence / inconfort / clarté ou brouillard mental</i>)	
Activités de l'après-midi et en-cas	
Appétit avant le dîner	☐ Aucun ☐ Faible ☐ Bon ☐ Intense
Heure du dîner	_____
Menu du dîner (<i>aliments et boissons</i>)	
Sensations après le dîner (<i>par exemple : léger / satisfait / lourd / ballonnements / somnolence / inconfort / clarté ou brouillard mental</i>)	
Activités du soir et en-cas	
Heure du coucher	_____
Heure de l'endormissement (<i>si différente</i>)	
Horaire d'élimination des selles (si applicable)	_____
Émotions / humeur générale de la journée	



Cette journée est-elle représentative de votre quotidien habituel ?

☐ Oui ☐ En partie ☐ Non

Si non, en quoi est-elle différente ? _____

4. Informations additionnelles

Votre niveau d'énergie général ces derniers temps :

☐ Stable et suffisant

☐ Variable

☐ Fatigue fréquente

☐ Épuisement

Avez-vous d'autres informations importantes à signaler (par exemple : condition de santé actuelle, prise de médicaments influençant la digestion, l'énergie ou le sommeil) ?

5. Déclaration finale

*Je comprends que cette Consultation Ciblée a pour objectif de proposer **quelques recommandations personnalisées** en hygiène de vie et/ou alimentation, et ne constitue pas une consultation ayurvédique complète.*

*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) : _____



Réservé à la praticienne

Observations générales lors de la séance

Vikrti potentielle : _____

Prakrti potentielle : _____

Dhatus potentiellement viciés : _____

Srotamsi potentiellement viciés : _____

