

## 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.

**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 entre les repas
- Je dîne tard (après 20h)
- Je mange à l'extérieur (restaurant, cantine)
- J'utilise 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	<input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Entrecoupé <input type="checkbox"/> Réparateur <input type="checkbox"/> Excessif / difficile de se réveiller
Heure du réveil	_____
Heure du lever (si différente de celle de réveil)	_____
Appétit au réveil	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> 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	_____



**Cette journée est-elle représentative de votre quotidien habituel ?**

Oui  En partie  Non

**Si non ou en partie, 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 : problèmes de santé, 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. **Les recommandations ne se substituent en aucune cas à un suivi, une prescription ou un traitement 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) : \_\_\_\_\_



## Réservé à la praticienne

---

### Observations générales lors de la séance

Vikrti potentielle : \_\_\_\_\_

Prakrti potentielle : \_\_\_\_\_

Dhatus potentiellement atteints : \_\_\_\_\_

Srotamsi potentiellement atteints : \_\_\_\_\_

