

Formulaire d'accueil – Consultation de suivi

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** -> complétez les **sections 1 à 7** (ne complétez pas le journal en annexe)
- Une consultation pour **une problématique entièrement nouvelle**, sur un sujet différent de ceux abordés auparavant, *notamment si notre dernière consultation remonte à plusieurs mois* - > complétez les **sections 1, 5, 6, 7, ainsi que le journal en annexe.**

1. Vos priorités actuelles

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 :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Appétit | <input type="checkbox"/> Niveau d'énergie | <input type="checkbox"/> Douleurs ou inconforts |
| <input type="checkbox"/> Relation à l'alimentation | <input type="checkbox"/> Sommeil | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Digestion ou élimination | <input type="checkbox"/> Émotions / état mental | <input type="checkbox"/> <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 :

Si vous avez mis en place certaines ou la majorité des recommandations, qu'est-ce qui vous a aidé à les mettre en place ?

- 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
- Elles correspondaient à mes goûts / à ce que j'aime faire (ex. cuisiner, marcher...)
- J'ai eu suffisamment de temps et d'espace mental
- J'ai pu compter sur un soutien extérieur (entourage, organisation, cadre de vie)
- Autre : _____



Si vous avez essayé sans régularité ou vous n'avez pas réussi à les mettre en place, qu'est-ce qui les a rendues 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 : _____

5. Contexte de vie récent

Depuis notre dernier rendez-vous, y a-t-il eu des 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

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

- 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

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 : _____



7. 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	<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	
Émotions / humeur générale de la journée	

