

Formulaire d'accueil – Évaluation complète

Ce questionnaire me permet de mieux comprendre votre situation actuelle, votre mode de vie et les facteurs pouvant influencer votre état de santé, afin de préparer au mieux notre première consultation et de laisser davantage de place à l'échange. 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 a lieu à distance, merci de m'envoyer, en complément de ce formulaire, des photos récentes :

- 3 photos intégrales de vous (avant, profil, arrière)
- 1 gros plan de votre visage
- 1 gros plan de vos yeux, en regardant légèrement à droite ou à gauche
- Gros plan des deux mains, paumes vers le bas
- Gros plan de toute votre langue, sortie naturellement (idéalement prise le matin à jeun)

Ces photos constituent des éléments d'observation traditionnels en Ayurveda, et me permettent de pallier les limites de l'observation en visioconférence.

1. Informations personnelles

Prénom, Nom :		Taille (cm) :	
Date de naissance :		Poids (kg) :	
Lieu de naissance :		Occupation principale :	
Lieu(x) où vous avez grandi (si différent du lieu de naissance) :		Age(s) de vos enfants (si vous en avez) :	
Pronom de préférence (facultatif) :		Situation de vie (seul-e, en couple, en coloc, ...) :	

2. Motif de la séance

Je consulte aujourd'hui principalement pour (*Plusieurs réponses possibles*) :

- Poser les bases d'un accompagnement sur plusieurs séances
- Préparer un suivi de thérapies corporelles spécifiques
- Aborder une problématique de santé spécifique
- Comprendre ma constitution ayurvédique et les grands principes de l' Ayurveda, afin de devenir plus autonome dans la gestion de ma santé
- Je n'ai pas de préoccupation particulière, mais je souhaite améliorer mon équilibre global.
- Autre objectif : _____

Quelles sont vos préoccupations de santé en ce moment (physiques, émotionnelles, autres) ?

Quelles améliorations souhaiteriez-vous observer ?

Y a-t-il un point, une question ou un sujet que vous souhaitez absolument aborder lors de cette première consultation ?

3. Antécédents médicaux & fragilités

Êtes-vous actuellement suivi(e) par un professionnel de santé ? Oui Non

Prenez-vous des médicaments ou compléments ? Oui Non

Si oui, précisez lesquels (nom, raison) :

Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, précisez lesquelles : _____

Merci d'indiquer si l'un des éléments suivants vous concerne, actuellement ou récemment.

- Grossesse ou projet de grossesse
- Chirurgie récente ou blessure en cours

Si oui pour l'un de ces points, merci de préciser brièvement (nature, date, contexte) :

Merci d'indiquer si vous êtes concerné·e, actuellement ou par le passé, par :

- Troubles digestifs chroniques (intolérances, SCI, colites, Chron, RGO, etc.)
- Déséquilibres hormonaux ou métaboliques (thyroïde, diabète, cholestérol, anémie)
- Problèmes cardiovasculaires (tension, cœur, AVC, œdèmes)
- Troubles inflammatoires ou auto-immuns
- Troubles musculosquelettiques (arthrite, douleurs articulaires)
- Problèmes respiratoires chroniques (asthme, infections répétées)
- Troubles neurologiques ou sensoriels (migraines, glaucome, sclérose en plaque)
- Troubles psychologiques ou émotionnels persistants (anxiété, dépression, addictions)
- Cancer (actuel ou passé)
- Autre condition importante : _____



Y a-t-il eu dans votre parcours des évènements marquants ayant eu un impact sur votre santé ? (*accident, maladie importante, stress intense, deuil, etc.*)

Oui Non

Si oui, merci de préciser brièvement :

Au cours des 6 derniers mois, à quelle fréquence êtes-vous tombé-e malade (rhumes, infections, épisodes fébriles) ?

- Rarement ou jamais
- 1 à 2 fois
- 3 à 4 fois
- Plus de 4 fois
- Difficile à dire

4. Style de vie, rythme & émotions

Activité physique

Avez-vous une activité physique régulière ? Oui Non

Si oui, laquelle(s) ? _____

En moyenne, combien d'heures par semaine ? _____

Temps pour vous et vos relations

À quelle fréquence prenez-vous du temps pour :

- **Vous-même**
 - Presque tous les jours Au moins une fois par semaine Plus rarement
- **Vos passe-temps / loisirs**
 - Presque tous les jours Au moins une fois par semaine Plus rarement
- **Les relations sociales (amis, sorties, échanges)**
 - Presque tous les jours Au moins une fois par semaine Plus rarement

Stress, fatigue & sommeil

Comment évalueriez-vous actuellement :

- Votre niveau de stress (1 = très bas, 10 = très élevé) : ___ /10
- Votre niveau de fatigue (1 = très faible, 10 = très élevé) : ___ /10

Comment qualifieriez-vous votre sommeil en ce moment ?

- Réparateur
- Léger
- Fragmenté / entrecoupé
- Excessif / difficile de se lever le matin

Vous réveillez-vous la nuit pour uriner ? Oui Non

Si oui, combien de fois par nuit ? _____



Habitudes et environnement

Fumez-vous ?

Oui Non Par le passé, mais plus actuellement

Consommez-vous des substances à usage récréatif ?

Oui Non Par le passé, mais plus actuellement

Avez-vous des animaux de compagnie à la maison ? Oui Non

Avez-vous changé de domicile deux fois ou plus au cours des deux dernières années ?

Oui Non

État émotionnel actuel

**Quelles sont les émotions les plus présentes chez vous en ce moment ?
(positives et/ou difficiles, selon ce que vous souhaitez partager)**

5. Habitudes alimentaires

Avez-vous déjà suivi un régime ou un programme alimentaire spécifique ?

Oui Non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

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.)

- Je saute le repas malgré la faim
- Je mange sans faim
- Je mange au-delà de la satiété

- Je grignote entre les repas
- Je dîne tard (après 20h)

- Je mange à l'extérieur (restaurant, cantine, etc.)
- J'utilise des plats en conserve, préparés, surgelés ou des restes
- Mes repas dépendent fortement de contraintes professionnelles ou familiales

Quelles boissons & stimulants consommez-vous au quotidien ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Café / thé | <input type="checkbox"/> Sodas ou jus de fruits |
| <input type="checkbox"/> Alcool | <input type="checkbox"/> Boissons froides ou glacées |
| <input type="checkbox"/> Boissons énergisantes / pour sportifs | <input type="checkbox"/> Aucun de ces éléments de manière notable |



6. 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 (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 / 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 / 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 ? _____

7. Santé sexuelle

Utilisez-vous actuellement une méthode de contraception ou un traitement hormonal ? Oui Non

Si oui, lequel / lesquels et depuis quand ? _____

Comment évalueriez-vous votre libido en ce moment, par rapport à ce qui est normal pour vous ?

Moins que d'habitude Aucun changement Plus que d'habitude Ne sais pas

Si pertinent, cochez les sujets qui vous concernent actuellement ou font partie de vos préoccupations.

- Cycles menstruels irréguliers, absents ou douloureux
- Symptômes prémenstruels ou péri-menstruels marqués
- Péri-ménopause / ménopause / andropause
- Difficulté à concevoir ou grossesses interrompues
- Troubles de la libido ou de la fonction sexuelle
- Autre préoccupation liée à la santé sexuelle ou hormonale

Si oui, merci de préciser brièvement :

8. Déclaration finale

*Je comprends que cette consultation s'inscrit dans une démarche d'accompagnement ayurvédique et **ne se substitue en aucun 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) : _____

