

QUESTIONNAIRE VITASANTE- CATHERINE GODISIABOIS- CONFIDENTIEL

Nom				Profession :		
Prénom				Adresse mail		
Date de naissance	.../.../.....	Age		Téléphone		

Symptômes et motifs de consultation:

--

Infos générales

Poids:	kg	Taille:	cm
Fumeur:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Quantité:	/jour
Ancien fumeur:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Sport:	<input type="checkbox"/> Quotidien <input type="checkbox"/> 2-3 fois/semaine <input type="checkbox"/> Aucun		
Si oui, lequel(s):			
Alcool:	<input type="checkbox"/> Quotidien <input type="checkbox"/> 2-3 fois/semaine <input type="checkbox"/> WE <input type="checkbox"/> Occasionnel		
Quel type d'alcool:			
Café:	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Quantité:	/jour
Rapports familiaux sont:	<input type="checkbox"/> paisibles <input type="checkbox"/> astreignants <input type="checkbox"/> difficiles		
Rapports au travail sont:	<input type="checkbox"/> tranquilles <input type="checkbox"/> stressants <input type="checkbox"/> (très) pénibles		
Allergies:	-	-	
	-	-	
Médicaments:	-	-	
	-	-	
	-	-	
Suppléments:	-	-	
	-	-	

NOTE (merci de laisser cet espace vide)

--

Historique et dates			
Poids à la naissance:			
Naissance:	<input type="checkbox"/> voie basse	<input type="checkbox"/> césarienne	Complications? <input type="text"/>
Infection dans l'enfance:	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si oui, lequel(s):	<input type="text"/>		
Gestion du poids dans l'enfance & l'adolescence: <input type="text"/>			
Comment est l'état de vos dents?			
Opérations:	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si oui, lesquelles et dates:	<input type="text"/>		
Maladies:	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Ne sais pas
Si oui, lesquelles:	<input type="text"/>		
Accidents?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui: <input type="text"/>
Antécédents familiaux	Cholestérol?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Diabète?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Maladie génétique?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Autre?	<input type="text"/>	
Vaccination Covid:	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	RE RAPPELS (RéPONSE INDISPENSABLE): <input type="text"/>
Rendement scolaire: <input type="text"/>			
Remarques diverses:			
<input type="text"/>			

Merci de cocher suivant la cotation suivante: NSP - ne sais pas, 1 - jamais, 2 - rarement, 3 - parfois, 4 - souvent, 5 - toujours

NSP	1	2	3	4	5		Remarque si souhaitée
						Endormissement difficile	.....
						Diminution ou absence de rêve	.....
						Rumination	.....
						Sommeil peu profond	.....
						Réveils fréquents	.....
						Diminution du désir sexuel	.....
						Frigidité	.....
						Visage fatigué, vieilli	.....

NSP	1	2	3	4	5		Remarque si souhaitée
						Fatigue morale et physique	.....
						Perte mémoire moyen et long terme	.....
						Diminution du désir sexuel	.....
						Dépression	.....
						Souffrance morale	.....
						Difficultés d'apprentissage	.....

NSP	1	2	3	4	5		Remarque si souhaitée
						Difficulté d'endormissement	.....
						Compulsions glucidiques, alcooliques, drogues	.....
						Impatience	.....
						Difficulté à supporter les contraintes	.....
						Intolérance à la frustration	.....
						Nervosité intérieure, irritabilité	.....
						Sauts d'humeur	.....
						Réveil précoce	.....
						Tendance à la dépendance (tabac, alcool, café, féculents, chocolat en fin de journée...)	.....
						Humeur parfois dépressive	.....
						Dépression saisonnière (manque de lumière, ...)	.....
						Surpoids, boulimie, anorexie	.....
						Perfectionnisme	.....

NSP	1	2	3	4	5		Remarque si souhaitée
						Manque de motivation	.....
						Fatigue du matin au soir	.....
						Baisse de joie de vivre	.....
						Difficulté à prendre du plaisir	.....
						Tendance au repli sur soi-même, moins de contact social/amical	.....
						Hésitation, difficulté à trancher	.....
						Manque de créativité	.....
						Tendance à perdre le fil, à être inattentif	.....
						Facilité à être motivé(e), à faire les choses avec plaisir/désir	.....
						Tendance à dramatiser	.....
						Sentiment de dévalorisation, manque de confiance en soi	.....
						Perte de mémoire court terme, baisse de concentration	.....
						Baisse de libido	.....
						Jambe sans repos	.....

Merci de cocher suivant la cotation suivante: NSP - ne sais pas, 1 - jamais, 2 - rarement, 3 - parfois, 4 - souvent, 5 - toujours

NSP	1	2	3	4	5		Remarque si souhaitée
						Brûlures à l'estomac, reflux, nausées, maux d'estomac	.....
						Selles régulières	.....
						<i>Plus de 2 fois par jour?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>Bien formées (4 à 15cm)?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>Odorantes?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>Collantes?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>Clares?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>Traces de sang?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>Mucus?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>Alternance constipation, selles régulières?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>Chasse matinale? Transit accéléré?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Bouche pâteuse	.....
						Anémie	.....
						<i>Ferritine ?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>B12?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<i>Mangez-vous de la viande?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Combien de fois par sem?</i>
						<i>Bonne mastication?</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

						Souffrez-vous des gaz ou éructations?	.....
						<i>Quand?</i> <input type="checkbox"/> Après repas <input type="checkbox"/> Tout le temps <input type="checkbox"/> Autre	
						<i>Diarrhées post-repas</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Léthargie post-repas</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Gaz odorants</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Ballonnements, ventre tendu</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Crampes</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Douleurs côlon</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Si oui: Gauche? Droit?</i>	
						<i>Haleine mauvaise?</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						Migraines ou maux de tête?	.....
						Contexte de colopathie? Intestins poreux?	
						<i>Muscles douloureux</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Fatigue chronique</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Dermatose</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Confusion mentale, dépression</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 	
						<i>Allergies, intolérances</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 	
						Salicylates? (Amandes, pommes, coco, réglisse, thé vert...)	.....
						Pathologie fréquente ORL	.....
						Asthme? Troubles respiratoires chroniques?	.....

Merci de cocher suivant la cotation suivante: NSP - ne sais pas, 1 - jamais, 2 - rarement, 3 - parfois, 4 - souvent, 5 - toujours

Troubles hormonaux féminins : F

Règles: Comment vous sentez-vous quelques jours avant les règles?

Quels sont les symptômes? Avez-vous des rages alimentaires, prise de poids, rétention d'eau, migraines, humeur, boutons, saignements importants. seins douloureux?...

Vos règles sont-elle régulières? Non Oui Ne sais pas

Avez-vous des problèmes de stérilité? (fausses couches, difficulté à avoir un enfant, ...)

Prenez-vous une pilule contraceptive? Stérilet? Traitement hormonal?

Pré ou ménopause? Non Oui

Quels sont les symptômes? Avez-vous des bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, prise de poids, insomnie, confusion, dépression?...

Ressentez-vous une oppression respiratoire?

Prenez-vous des AGE ou un autre traitement?

Troubles hormonaux masculins : H

Troubles hormonaux masculins : H	NSP	1	2	3	4	5	Remarque si souhaitée	
								Avez vous des problèmes de miction nocturne?
								La prostate est elle plus volumineuse?
								Le taux de PSA est il dans les normes?
								Mangez vous beaucoup de viande?
								Avez vous de l'embonpoint autour du ventre?

Merci de cocher suivant la cotation suivante: NSP - ne sais pas, 1 - jamais, 2 - rarement, 3 - parfois, 4 - souvent, 5 - toujours

Troubles hormonaux masculins : H	NSP	1	2	3	4	5	Remarque si souhaitée	
								Les repas vous rendent-ils somnolents?
								Êtes vous d'humeur changeante?
								Vous sentez-vous plus calme après les repas?
								Avez-vous des rages de : <input type="checkbox"/> Sucré <input type="checkbox"/> Salé <input type="checkbox"/> Aucune
	<p><i>Avez-vous des envies de sucre et café l'après-midi? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</i></p> <p><i>Si vous vous donner un coup de pouce avec des sucreries, café, etc...</i></p> <p><i>Comment vous sentez-vous juste après?</i></p> <p><i>Et une ou 2 heures après?</i></p>							
								Vous sentez-vous irrité si vous sautez un repas, voire avez-vous des vertiges, maux de tête?
								Le poids se concentre-t-il autour de la taille quand vous en prenez?
								Avez-vous des sueurs nocturnes (hors ménopause)
								Avez-vous souvent soif?
								Avez-vous des pertes d'énergie, épuisement nerveux périodique?
								Votre poult est-il rapide? Avez-vous des palpitations cardiaques?
								Avez-vous des envies subites de pleurer sans raison?
								Avez-vous des marques sur les jambes qui cicatrisent lentement et mal?
								Avez-vous des envies subites de pleurer sans raison?
	<p>Histoires familiales de diabète? Hypoglycémie? Alcoolisme? Autre?</p>							

Merci de cocher suivant la cotation suivante: NSP - ne sais pas, 1 - jamais, 2 - rarement, 3 - parfois, 4 - souvent, 5 - toujours

NSP	1	2	3	4	5	Remarque si souhaitée
						Vous sentez-vous gonflé(e), le ventre tendu?
						Avez vous ds démangeaisons à l'anus?
						Déprimé(e)?
						Avez-vous des pertes blanches, démangeaisons, brûlures ou infections vaginales?
						Souffrez-vous de pathologies ORL (rhumes, sinusites, otites)?
						Souffrez-vous de douleurs articulaires ou musculaires qui ne sont pas de l'arthrose?
						Vous sentez-vous victime d'épuisement chronique?
						Questions selles: couleur, forme et consistance curieuses?
						Avez-vous des rages de : <input type="checkbox"/> Sucré <input type="checkbox"/> Salé <input type="checkbox"/> Aucune
						Avez-vous des envies de sucre et café l'après-midi? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si vous vous donner un coup de pouce avec des sucreries, café, etc...
						Comment vous sentez-vous juste après?
						Et une ou 2 heures après?
						Avez-vous une <u>candidose</u> diagnostiquée? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						<u>Traitements</u> aux antibiotiques? Pilule? Ou cortisone au préalable?
						Avez-vous des <u>champignons</u> sur la peau ou les ongles?
						Avez-vous de l' <u>eczéma</u> ? Dartres? Rougeurs chroniques sur la peau? Psoriasis?

Merci de cocher suivant la cotation suivante: NSP - ne sais pas, 1 - jamais, 2 - rarement, 3 - parfois, 4 - souvent, 5 - toujours

NSP	1	2	3	4	5	Remarque si souhaitée
						Peu d'énergie et fatigué au réveil?
						Difficulté de se mettre en route?
						Fatigue qui perdure toute la journée?
						Besoin de café pour la mise en route?
						Maux de tête qui disparaissent en journée?
						Facilement frileux(se)? Sensibilité au froid?
						Quelle est votre température au lever?
						Avez-vous souvent les mains et pieds froids? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Devez-vous vous forcer pour le sport?

Grossissez-vous ou maigrissez-vous facilement?

- Avez-vous des pertes de cheveux ou de sourcils? Non Oui
- Votre peau, vos cheveux et ongles sont-ils fins? Dévitalisés? Non Oui
- Avez-vous une fatigue chronique et vieillissement précoce? Non Oui
- Avez-vous un cholestérol élevé? Non Oui
- Avez-vous un diabète de type 2? Non Oui
- Avez-vous une pression sanguine basse? Non Oui
- Avez-vous des palpitations? (battements rapides ou marqués) Non Oui

Voici encore toute un liste de petites questions :

Manque de contrentation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Prise de poids inexpliquée	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Perte de mémoire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Perte de poids inexpliquée	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Douleur persistante	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Besoin excessif de sommeil	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Gonflement à l'avant du cou	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Fatigue	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Voix rauque	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Sensation d'une boule dans la gorge	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Muscles endoloris	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Douleur oculaire ou vision trouble	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Agitation/anxiété	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Yeux gonflés ou exorbités	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dépression	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Changement de l'aspect du visage	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Peau sèche	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Transpiration abondante	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Démangeaisons cutanées	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Difficulté à tolérer le froid	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Perte de cheveux inhabituelle	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Difficulté à tolérer le chaud	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Cheveux secs	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Tremblement des mains	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Ongles cassants	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Disparition des règles	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Selles peu fréquentes ou dures	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Règles irrégulières	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Selles fréquentes et molles	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Flux menstruel excessif	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Merci de cocher suivant la cotation suivante: NSP - ne sais pas, 1 - jamais, 2 - rarement, 3 - parfois, 4 - souvent, 5 - toujours

NSP	1	2	3	4	5	Remarque si souhaitée
						Difficulté à vous endormir?
						Raideurs matinales, lever pénible?
						Etourdissement en vous levant
						rapidement? Vertiges?
						Coup de pompe ou maux de tête dans
						l'après-midi?
						Sensibilité aux bruits et agressions
						extérieures?
						Transpiration facile
						Fortes périodes de stress et émotions
						vives
						Douleur sur partie médiane ou
						intérieure du genou
						Besoin de lunettes solaires?
						Mâchoire serrée ou grincement dents?

Avez-vous les joues creuses? Non Oui

Avez-vous une tension basse? Non Oui

Avez-vous souvent envie d'uriner? Non Oui

Comment supportez-vous la position debout sans bouger?

Envie de sucre après le repas de midi?

Avez-vous mal aux tendons d'achilles?

Accouphènes? Problèmes oreille interne?

Avez-vous des problèmes de réflexe?