

QUESTIONNAIRE VITASANTE- CATHERINE GODISIABOIS- CONFIDENTIEL

Nom				PROFESSION : (important!):
Prénom				
Date de naissance	.../.../.....	Age		
				Adresse mail
				Téléphone

POURQUOI VENEZ VOUS ME CONSULTER ? PAR ORDRE D'IMPORTANT ET REPONSE NECESSAIRE:

--

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:	Dates: <input type="text"/>
Rendement scolaire:	<input type="text"/>
Remarques diverses:	
<input type="text"/>	

Habitudes alimentaires	
Petit déjeuner	<input type="checkbox"/> Sucré <input type="checkbox"/> Salé
	<i>Ex des petits déj. habituels:</i>
10h00	
Midi	
16h00	
Souper	<p><u>Protéines:</u> - Viandes rouges: / sem - Viandes blanches, volailles: / sem</p> <p>- Poissons: / sem - Oeufs: / sem</p> <p>- Autres:</p> <p><u>Légumes:</u></p> <p><u>Féculents:</u></p> <p><u>Cuisson et huiles:</u></p> <p><i>Ex des soupers:</i> -</p> <p>-</p> <p>-</p>
Soirée/Dessert	
Boissons	<p>Eau: Alcool/Vin: Jus/Sodas:</p> <p>Thé: Café: Autres:</p>
Divers	<p><u>Aliments préférés:</u> <input type="checkbox"/> Sucré <input type="checkbox"/> Salé</p> <p><i>Types d'aliments préférés</i></p> <p><u>Produits laitiers:</u> <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> beaucoup</p> <p><i>Types de produits laitiers</i></p> <p><u>Sucrieries:</u> <input type="checkbox"/> Peu <input type="checkbox"/> beaucoup</p> <p><i>Types de sucrieries</i></p> <p><u>Divers, autres:</u></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	
						Je peux transpirer ou trembler si stress
						je suis anxieux, stressé, voire angoissé
						Je rumine, suis dans les pensées toxiques
						Je m'endors difficilement
						Je suis réactif à la lumière, bruits, touche
						Je suis vite oppressé, palpitations
						Je panique et transpire en cas de stress
						J'ai des difficultés avec les règles établies
						J'ai du mal à me concentrer en general

NSP	1	2	3	4	5	
						J'ai des coups de pompe en journée
						Fatigue morale et physique
						Je m'adapte mal aux changements
						Je peux être indifférent
						Je me replie sur moi
						J'ai juste envie de rester dans mon lit
						Je ne me fais plus plaisir, suis dépressif

NSP	1	2	3	4	5	
						Je peux parfois sur réagir
						Difficulté d'endormissement
						Compulsions glucidiques, alcooliques, drogues
						Je suis impatient ou nerveux
						Difficulté à supporter les contraintes
						je suis à fleur de peau ou facilement triste
						Je me reveille souvent trop tôt le matin
						J'ai souvent des changements d'humeur
						Je prends difficilement du recul
						J'ai des envies de sucre à partir de 16h ou envie d'un verre de vin le soir pr relax
						Je ne rêve pas chaque nuit
						Je me réveille la nuit, diffic rendormir
						Je peux faire des crises de panique
						Je ne vois pas toujours la vie en rose

NSP	1	2	3	4	5		Remarque si souhaitée
						J'ai du mal à focaliser mon attention	.....
						Manque de motivation	.....
						Je suis fatigué dès le réveil	.....
						Je manque de joie de vivre	.....
						Je ressens peu de plaisir au quotidien	.....
						Je ressens le besoin de m'isoler	.....
						Je manque de motivation en général	.....
						Je focalise difficilement mon attention	.....
						J'ai besoin de stimulants, addictions	.....
						J'ai tendance à procrastiner	.....
						Tendance à dramatiser	.....
						J'ai une baisse de confiance en moi	.....
						prendre des décisions me stresse	.....
						J'ai peu de libido	.....
						J'ai le syndrome des jambes 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	.....
						Plus de 2 fois par jour?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Bien formées (4 à 15cm)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Odorantes?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Collantes?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Clares?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Traces de sang?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Mucus?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Les selles flottent?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Les selles sont elles défaites ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Langue chargée? Blanche? Marquée?	.....
						Anémie? Globules rouges bas ?	.....
						Ferritine bonne ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						B12?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Mangez-vous de la viande?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Bonne mastication?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
							Combien de fois par sem?

						Avez vous des renvois , 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?	.....
						colon irritable diagnostiqué? Douleurs?	
						<i>Eczéma? Psoriasis?</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Cheveux qui grattent? Pelicules?</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Aliments non digérés dans les selles?</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	
						<i>Brouillard mental?</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 	
						<i>Allergies, intolérances</i> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui 	
						Intolérance histamine? Fodmap?	
						Tyramine? Lectines? Salicylates?	.....
						Pathologies ORL chroniques?	.....
						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?...

Nombre de jours de votre cycle de J1 = 1 er jour des règles à J ?

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?

CATEGORIE HOMMES

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

	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
							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?
							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?
Histoires familiales de diabète? Hypoglycémie? Alcoolisme? Autre?							

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	
						EOSINOPHILES OU IGE élevés?
						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
						<i>Avez-vous des envies de sucre et café l'après-midi? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</i>
						<i>Si vous vous donner un coup de pouce avec des sucreries, café, etc...</i>
						<i>Comment vous sentez-vous juste après?</i>
						<i>Et une ou 2 heures après?</i>
						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?
						Mycoses vaginales antécédents?
						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?
						!! Température sous aisselles au lever sans vous mouvoir :
						Avez-vous souvent les mains et pieds froids? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
						Devez-vous vous forcer pour le sport?

Votre poids est-il stable?

Perdez-vous ou avez-vous perdu vos sourcils? Ou une extrémité ?

Perdez-vous vos cheveux ? Où ?

Non Oui

Comment sont vos ongles?

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

Etes-vous plus en forme dans l'action?

Manque de concentration	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Perte de mémoire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Troubles du sommeil	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Besoin excessif de sommeil	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Fatigue	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Faiblesse musculaire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Muscles endoloris	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Agitation/anxiété	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Dépression	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Peau sèche	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Démangeaisons cutanées	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Perte de cheveux inhabituelle	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Cheveux secs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Ongles cassants	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Selles peu fréquentes ou dures	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Selles fréquentes et molles	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Prise de poids inexpliquée	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Perte de poids inexpliquée	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Douleur persistante	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Gonflement à l'avant du cou	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Voix rauque	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Sensation d'une boule dans la gorge	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Douleur oculaire ou vision trouble	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Yeux gonflés ou exorbités	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Changement de l'aspect du visage	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Transpiration abondante	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Difficulté à tolérer le froid	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Difficulté à tolérer le chaud	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Tremblement des mains	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Disparition des règles	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Règles irrégulières	<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 la dernière fois :
- 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 une sensibilité au tendon d'achille ? Est il tendu à la palpation?
- Accouphènes? Problèmes oreille interne?
- Avez-vous des problèmes de réflexe?