

QUESTIONNAIRE VITASANTE- CATHERINE GODISIABOIS- CONFIDENTIEL

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

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

--

Infos générales

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

NOTE (merci de laisser cet espace vide)

--

Habitudes alimentaires			
Petit déjeuner	☐ Sucré	☐ Salé	
Ex des petits déj. habituels:			
grignotage?			
LUNCH	:	3 exemples svp	
REPAS DU SOIR:	<u>Protéines:</u>	- Viandes rouges: / sem	- Viandes blanches, volailles: / sem
		- Poissons: / sem	- Oeufs: / sem
		- Autres:	
	<u>Légumes:</u>		
	<u>Féculents:</u>		
	<u>Cuisson et huiles:</u>		
	Ex des soupers:	-	
		-	
		-	
Soirée/Dessert			
Boissons	Eau:	Alcool/Vin:	Jus/Sodas:
	Thé:	Café:	Autres:
Divers	<u>Aliments préférés:</u>	☐ Sucré	☐ Salé
	Types d'aliments préférés		
	<u>Produits laitiers:</u>	☐ Peu	☐ beaucoup
	Types de produits laitiers		
	<u>Sucreries:</u>	☐ Peu	☐ beaucoup
	Types de sucreries		
	<u>Divers, autres:</u>		

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
						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
						Difficulté d'endormissement
						Je peux sur réagir, être impulsif
						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

						Remarque si souhaitée
					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, d'enthousiasme	.....
					Je focalise difficilement mon attention	.....
					J'ai besoin de stimulants, addictions	.....
					J'ai tendance à procrastiner	.....
					Je dramatise facilement	.....
					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				
						ACIDITE, REFLUX, MAUX ESTOMAC?				
										
						Nombre de selles par jour				
										
						NAUSEES?	☐	Non	☐	Oui
						Bien formées (4 à 15cm)?	☐	Non	☐	Oui
						Odorantes?	☐	Non	☐	Oui
						Collantes?	☐	Non	☐	Oui
						Clares?	☐	Non	☐	Oui
						Traces de sang?	☐	Non	☐	Oui
						Mucus?	☐	Non	☐	Oui
						Les selles flottent?	☐	Non	☐	Oui
						Les selles sont elles défaites ?	☐	Non	☐	Oui
						Langue chargée? Blanche? Marquée?				
										
						Aliments non digérés dans les selles?				
										
						Ferritine bonne ?	☐	Non	☐	Oui
						B12 bonne?	☐	Non	☐	Oui
						Mangez-vous de la viande?	☐	Non	☐	Oui
						Bonne mastication?	☐	Non	☐	Oui
										Combien de fois par sem?

							Avez vous des renvois , éructations?			
							Quand?	☐ Après repas	☐ Tout le temps	☐ Autre
							Diarrhées post-repas	☐ Non	☐ Oui	
							Léthargie post-repas	☐ Non	☐ Oui	
							gaz odorants ou non odorants? Précisez	☐ Non	☐ Oui	
							Ballonnements, ventre tendu	☐ Non	☐ Oui	
							crampes abdominales	☐ Non	☐ Oui	
							Douleurs côlon	☐ Non	☐ Oui	Si oui: Gauche? Droit?
							Haleine mauvaise?	☐ Non	☐ Oui	
							Migraines ou maux de tête?			
							colon irritable diagnostiqué? Douleurs?			
							Eczéma? Psoriasis?	☐ Non	☐ Oui	
							Cheveux qui grattent? Pelicules?	☐ Non	☐ Oui	
							Troubles respiratoires?	☐ Non	☐ Oui	
							Brouillard mental?	☐ Non	☐ Oui	.....
							Allergies, intolérances	☐ Non	☐ Oui	.....
							Intolérance histamine? Fodmap?			
							Tyramine? Lectines? Salicylates?			
							consommez vous du gluten ou produits laitiers sucres rapides plus de 3 X			
							Précisez:			

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?

Souffrez vous d'endométriose ou de syndrome des ovaires polykystiques?

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

GLYCEMIE									
	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 :	☐ Sucré ☐ Salé ☐ Aucune	
							Avez-vous des envies de sucre et café l'après-midi?	☐ Non ☐ 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 pouls 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 : ☐ Sucré ☐ Salé ☐ Aucune
						Avez-vous des envies de sucre et café l'après-midi? ☐ Non ☐ 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? ☐ Non ☐ 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? ☐ Non ☐ 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? Sur le haut? Les côtés?

☐ Non ☐ Oui

Comment sont vos ongles? Friables? Cassants? Mous? Précisez svp

☐ 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	☐ Non ☐ Oui
Perte de mémoire	☐ Non ☐ Oui
Troubles du sommeil	☐ Non ☐ Oui
Besoin excessif de sommeil	☐ Non ☐ Oui
Fatigue	☐ Non ☐ Oui
Faiblesse musculaire	☐ Non ☐ Oui
Muscles endoloris	☐ Non ☐ Oui
Agitation/anxiété	☐ Non ☐ Oui
Dépression	☐ Non ☐ Oui
Peau sèche	☐ Non ☐ Oui
Démangeaisons cutanées	☐ Non ☐ Oui
Perte de cheveux inhabituelle	☐ Non ☐ Oui
Cheveux secs	☐ Non ☐ Oui
Ongles cassants	☐ Non ☐ Oui
Selles peu fréquentes ou dures	☐ Non ☐ Oui
Selles fréquentes et molles	☐ Non ☐ Oui

Prise de poids inexpliquée	☐ Non ☐ Oui
Perte de poids inexpliquée	☐ Non ☐ Oui
Douleur persistante	☐ Non ☐ Oui
Gonflement à l'avant du cou	☐ Non ☐ Oui
Voix rauque	☐ Non ☐ Oui
Sensation d'une boule dans la gorge	☐ Non ☐ Oui
Douleur oculaire ou vision trouble	☐ Non ☐ Oui
Yeux gonflés ou exorbités	☐ Non ☐ Oui
Changement de l'aspect du visage	☐ Non ☐ Oui
Transpiration abondante	☐ Non ☐ Oui
Difficulté à tolérer le froid	☐ Non ☐ Oui
Difficulté à tolérer le chaud	☐ Non ☐ Oui
Tremblement des mains	☐ Non ☐ Oui
Disparition des règles	☐ Non ☐ Oui
Règles irrégulières	☐ Non ☐ Oui
Flux menstruel excessif	☐ Non ☐ 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?
						Lever pénible avec notamment
						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?						