**QUESTIONNAIRE PRELIMINAIRE D’HYGIENE VITALE**

*Cher (e) consultant (e)*😊

*Merci de bien vouloir prendre quelques minutes de votre temps pour répondre à ce petit questionnaire préliminaire concernant votre hygiène de vie et vos habitudes alimentaires de la façon la plus claire et précise possible avant votre séance de consultation en Nutrition en me retournant celui-ci dûment complété à l’adresse mail suivante :* [**antonydnaturo@gmail.com**](mailto:antonydnaturo@gmail.com) *quelques jours avant la date de votre rendez-vous au cabinet.*

*Vos réponses me seront très précieuses en vue d’établir votre bilan de profil nutritionnel puis de définir ensemble les axes principaux d’action à mener & mettre en place au sein de votre programme d’accompagnement en vous apportant des solutions & conseils personnalisés à votre situation.*

*Merci par avance pour votre collaboration !*😊

*N.B : Le jour de votre rendez-vous, merci d’apporter vos derniers bilans médicaux (analyses, scanner, IRM…) ainsi que votre ou vos ordonnances de médicaments si vous suivez un traitement allopathique.*

* **Informations générales :**
* Nom : Prénom : Date de naissance :
* Groupe sanguin : Adresse postale :

Code postal : Localité :

* Courriel : Téléphone :
* Première consultation en Nutrition ?  oui  non Situation familiale :
* Situation professionnelle :
* Votre taille (cm) : Votre poids (kg) : Votre poids idéal (kg) :

* Motif(s) / raison(s) principale(s) de votre souhait de consultation ?

❶ :

❷ :

❸ :

* **Antécédents médicaux** **:**

Précisez :

* Maladie(s) pendant l’enfance ?  oui  non
* Intervention(s) chirurgicale(s) ?  oui  non

Précisez :

Précisez :

* Grossesse / Accouchement ?  oui  non

Précisez :

* Suivez-vous un traitement médical ?  oui  non
* *Indiquez svp nom & n° de téléphone de votre médecin traitant :*

Précisez :

* Prenez-vous des compléments alimentaires ?  oui  non

Précisez :

* Présentez-vous une ou plusieurs allergie(s) ?  oui  non
* Etes-vous vacciné(e) contre le COVID-19 ?  oui  non

Précisez :

* Consommez-vous du tabac ?  oui  non

Précisez :

* Consommez-vous de l’alcool ?  oui  non

Précisez :

* Consommez-vous des drogues ou substances illicites ?  oui  non
* **Antécédents médicaux** **:** (suite & fin)

Précisez :

* Êtes-vous suivi(e) par un spécialiste ?  oui  non

* Votre dernier bilan sanguin est-il bon ?  oui  non

Si non, précisez les anomalies :

* **Antécédents familiaux** **:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Côté maternel** | **Côté paternel** |  |
| ***Mère*** |  |  |
| ***Père*** |  |  |
| ***Grand-mère*** |  |  |
| ***Grand-père*** |  |  |
|  |  |  | **Fratrie** |
| ***Sœur 1*** |  | |  |
| ***Sœur 2*** |  |
| ***Sœur 3*** |  |
| ***Frère 1*** |  |
| ***Frère 2*** |  |
| ***Frère 3*** |  |

* **Hygiène de vie** **:**
* Comment est votre habitat & lieu de vie ?  petit  grand  lumineux  sombre  calme  bruyant

exposition à des polluants  exposition à des ondes électromagnétiques  plein-pied  étage  jardin

terrasse  piscine  autres - précisez :

* Votre ressenti au sein de votre habitat ?

*- Attribuez une note d’évaluation sur une échelle de 1 à 10 :*1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

* Pratiquez-vous une activité physique régulière ?  oui  non

(*Précisez svp nature de chaque activité, durée, fréquence, niveau, lieu de pratique & depuis quand ?)*

❶ :

❷ :

❸ :

❹ :

❺ :

* Comment est la qualité de votre sommeil ?  bonne  moyenne  mauvaise

*(Attribuez une note d’évaluation sur une échelle de 1 à 10) :*1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

* Comment sont les relations que vous entretenez ?
* au sein de votre couple ?  bonnes  moyennes  mauvaises
* au sein de votre famille ?  bonnes  moyennes  mauvaises
* au sein de votre travail ?  bonnes  moyennes  mauvaises
* au sein de votre cercle d’ami(e)s ?  bonnes  moyennes  mauvaises
* Quel est votre niveau de stress dans votre vie quotidienne ?  occasionnel  normal  fréquent  permanent

*(Attribuez une note d’évaluation sur une échelle de 1 à 10) :*1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

* Parvenez-vous à bien gérer vos émotions ?  oui complètement  moyennement  difficilement.
* Présentez-vous une ou plusieurs addiction (s) particulière(s) ?  oui  non

Précisez :

* Etes-vous plutôt de nature plutôt optimiste ou pessimiste dans la vie ?  optimiste  neutre  pessimiste.
* Comment évolue votre énergie sur la journée ?  croissante  fluctuante  décroissante.
* Combien de temps vous exposez-vous au soleil par jour ?  - de 30 min  30 min  + de 30 min.
* Bilan sur les neurotransmetteurs :
* Veuillez répondre svp à l’ensemble des questions en utilisant la cotation suivante :

Une image contenant texte, Police, capture d’écran

Description générée automatiquement

**0 : jamais – 1 : rarement – 2 : parfois – 3 – souvent.**

Une image contenant texte, capture d’écran, Police, document

Description générée automatiquement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Total score D =

Une image contenant texte, capture d’écran, Police, document

Description générée automatiquement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Total score N =

Une image contenant texte, capture d’écran, Police, reçu

Description générée automatiquement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Total score S =

**Gaba**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Vous sentez-vous anxieux(se) & inquiet(e) ? …………………………………………………………………………..

Réussissez-vous à mémoriser les numéros de téléphone ? ……………………………………………………....

Avez-vous besoin de lire plusieurs fois un paragraphe ? …………………………………………………………..

Vous sentez-vous nerveux(se) ? ………………………………………………………………………………………….

Vous aimez faire plusieurs choses à la fois mais vous n’arrivez pas à décider quoi faire en premier ?

Avez-vous tendance à être super actif(-ve) ? ………………………………………………………………………….

Une image contenant texte, Police, capture d’écran

Description générée automatiquementTotal score G =

**Mélatonine**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Avez-vous des difficultés à vous endormir le soir ? ……………………………………………………………………

Avez-vous tendance à vous endormir après minuit ? ………………………………………………………………….

Avez-vous des réveils nocturnes sans ré endormissement ? ………………………………………………………..

Avez-vous des réveils nocturnes avec des difficultés de ré-endormissement ? ………………………………..

Avez-vous besoin de faire une sieste l’après-midi ? …………………………………………………………………...

Prenez-vous un traitement de phytothérapie ou allopathique pour vous endormir ? ……………………………

Total score M =

* **Plan d’hygiène alimentaire initial** **:**
* Que prenez-vous en général au petit déjeuner ?

Précisez :

* Prenez-vous une collation dans la matinée ?  oui  non

Précisez :

* Que prenez-vous en général au déjeuner le midi ?

Précisez :

* Prenez-vous une collation dans l’après-midi ?  oui  non

Précisez :

* Que prenez-vous en général au diner le soir ?

Précisez :

* Combien de temps prenez-vous pour manger à chaque repas ?  5 à 10 min  15 à 20 min  30 min ou +.
* Avez-vous des envies, fringales ou compulsions pendant la journée ?  oui  non

Précisez :

* Êtes-vous intolérant(e) ou allergique à certains aliments ?  oui  non

Précisez :

* Suivez-vous un régime alimentaire particulier ?  oui  non

Précisez :

* **Hydratation** **:**
* Quelle quantité d’eau consommez-vous en moyenne par jour ? (hors tisanes & boissons)

- Nombre de verre(s) par jour ? - Nombre de litre(s) par jour ?

* Quelle quantité de café consommez-vous en moyenne par jour ?

- Nombre de tasse(s) par jour ? - Nombre de litre(s) par jour ?

* Quelle quantité de thé consommez-vous en moyenne par jour ?

- Nombre de tasse(s) par jour ? - Nombre de litre(s) par jour ?

* Consommez-vous d’autres boissons dans la journée ?  oui  non

Précisez :

* **Santé physiologique & troubles fonctionnels** :
* Veuillez indiquer dans quelle(s) fonction (s) ou système(s) physiologique(s) vous présentez des troubles ou pathologies ?

Fonction digestive :

Précisez :

Fonction nerveuse :

Précisez :

Fonction uro-génitale :

Précisez :

Fonction cardio-vasculaire :

Précisez :

Fonction circulatoire, veineuse ou lymphatique :

Précisez :

Fonction respiratoire & orl :

Précisez :

Fonction ostéoarticulaire & musculaire :

Précisez :

Système tégumentaire ou cutané :

Précisez :

Système endocrinien :

Précisez :

* **Santé physiologique & troubles fonctionnels** : (suite & fin)
* Veuillez indiquer dans quelle(s) fonction (s) ou système(s) physiologique(s) vous présentez des troubles ou pathologies ?

Fonction gynécologique :

Précisez :

Système métabolique :

Précisez :

Système immunitaire :

Précisez :

* **Informations & notes complémentaires – *expression libre* :**

- Décrivez et détaillez ici toute information complémentaire que vous jugerez utile de préciser en rapport à votre situation personnelle :

*Un grand bravo et un merci !*😊

*Vous venez de terminer de remplir le questionnaire d’hygiène vitale préliminaire !*

**⮊ Je vous attends désormais avec impatience à mon cabinet ! 😊**

***Une image contenant Graphique, conception

Description générée automatiquement* Antony DURAN**

**Coach en Nutrition & Micronutrition.**

**Naturopathe**

**Praticien en Réflexologie plantaire.**